

CAMBIOS EVOLUTIVOS

Allene Jones

SUMARIO DEL CAPÍTULO

- Contenido
- Objetivos
- Perspectivas teóricas sobre el final de la madurez

Teoría de Eric Erikson
Teoría de Robert Perk
Teoría de Robert Havighurst
Teoría de Sigmund Freud

- Tareas evolutivas del final de la madurez

Adaptarse a cambios físicos y fisiológicos
Adaptarse a cambios en el ciclo de vida familiar

- Tareas evolutivas de la vejez
- Perspectivas teóricas sobre la vejez

Teoría de Eric Erikson
Teoría de Robert Perk
Teoría de Robert Havighurst
Teoría de Sigmund Freud

- Intervenciones de la enfermería al final de la madurez

Actitud del personal de enfermería
Ayudar a los pacientes a adaptarse a los cambios físicos y fisiológicos
Ayudar a los pacientes a adaptarse a los cambios en la sexualidad
Adaptarse a los cambios en el ciclo de respuesta sexual
Adaptarse a los cambios en la glándula prostática
Ayudar al paciente a adaptarse a los cambios en el ciclo vital
Ayudar al paciente a adaptarse a la pérdida del cónyuge

- Intervenciones de la enfermería en la vejez
- Resumen
- Preguntas de autoevaluación
- Referencias

Contenido

Este capítulo se concentra principalmente en estudiar las teorías evolutivas y los cambios que se producen al final de la madurez y la vejez, así como en identificar las intervenciones relacionadas con la enfermería adecuadas a cada etapa evolutiva.

Objetivos

1. Diferenciar entre los cambios de la madurez y la vejez.
2. Estudiar las perspectivas teóricas del final de la madurez y de la vejez.
3. Exponer las tareas evolutivas de estos dos períodos.
4. Aplicar a estas dos etapas intervenciones seleccionadas de enfermería a partir de las teorías evolutivas.
5. Analizar los efectos de los cambios físicos y fisiológicos específicos del desarrollo sexual al final de la madurez y de la vejez.
6. Estudiar los efectos del envejecimiento en el ciclo de vida familiar.

Las tareas evolutivas son importantes para todas las etapas del ciclo vital y varían con cada una de ellas. Dichas tareas conciernen al aprendizaje y la cobertura de las necesidades humanas básicas. Cuando se dificulta su aprendizaje y no se cubren las necesidades básicas, la persona se siente desdichada y puede que los demás lleguen a considerarla inadaptada.

Por tanto, para hacer un estudio inteligente de las tareas evolutivas del final de la madurez, es importante definir esta etapa. Con frecuencia se describe como madurez, o período climatérico, una época de la vida del individuo en que ha pasado ya la importantísima responsabilidad de criar a los hijos, se está a gusto consigo mismo y es el momento de prepararse para la jubilación (Rogers, 1979). Pero, ¿en qué medida considera importante cada persona este período? Para algunos, el final de la madurez es lo mejor de la vida; para otros, se trata de una época de gran confusión y desesperación. La visión que cada persona tenga de ella es resultado, en parte, de su propia filosofía de la vida. A efectos de estudio se considera que la madurez se sitúa entre los 45 y los 54 años (Rogers, 1979), mientras que su final se corresponde con el período comprendido desde los 55 hasta los 64 años. Neugarten y Havighurst (1979) clasifican a las personas situadas en el grupo de los 55 a 75 años como viejos-jóvenes y a las que componen el grupo de los 75 años o más como viejos-muy viejos.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL FINAL DE LA MADUREZ

Según Stevens-Long (1979) y otras fuentes analizadas, hasta hace relativamente poco tiempo se ha escrito menos sobre la madurez que sobre otras etapas de crecimiento y desarrollo. Las teorías de Erikson, Peck, Havighurst, Freud y otros son oportunas para estudiar el final de este período.

Teoría de Erik Erikson

El psicoanalista Erik Erikson propone ocho etapas de desarrollo en el ciclo vital y las denomina las etapas del hombre. La séptima etapa de desarrollo de Erikson -generatividad contra estancamiento- es análoga a la madurez. Erikson afirmaba que un individuo que

evolucione bien en las anteriores etapas de desarrollo tiene muchas más oportunidades de hacerlo igualmente en las etapas siguientes. Veía la generatividad como sinónimo de productividad y creatividad. Contemplaba esta etapa como un tiempo en el que el individuo tiene que elegir entre preocuparse por sus propias necesidades y bienestar o por los ajenos. Para él, la generatividad se ocupaba principalmente de guiar a las generaciones futuras. Para Erikson, la generatividad tiene que ver con la expansión del ego, lo cual incluye desinterés, productividad y creatividad. De este modo, una persona generativa puede cubrir sus propias necesidades y también las de la generación futura.

La persona que muestra una generatividad madura se implica dentro de su comunidad en diversas actividades creadas para hacer del mundo un lugar mejor en el que vivir. La persona generativa puede alcanzar un equilibrio entre las actividades que realiza en el entorno social y en el hogar. Puede también perseverar en llevar a cabo actividades altruistas. Lo que permite esa actitud es su auténtica preocupación por los demás.

Este individuo es menos egocéntrico que el adolescente o el adulto joven inexperto. Tiene muchas experiencias vitales de las que beneficiarse y las utiliza para ayudar a resolver tanto los problemas ajenos como los propios. La persona madura se llevará bien con los demás, facilitando de esta forma la solución de los problemas.

El individuo generativo acepta los cambios normales del cuerpo que tienen lugar durante esta etapa. No vuelve permanentemente los ojos hacia una etapa anterior de desarrollo en la que predominaba el atractivo físico. No tiene necesidad de competir con generaciones más jóvenes en cuanto a la forma de vestir y de comportarse. El individuo verdaderamente generativo acepta los cambios físicos, pero no se apresura a mejorar su aspecto personal.

La persona que concluye las tareas evolutivas de esta etapa:

1. Muestra una visión positiva de la vida en general.
2. Puede aceptar tanto la debilidad como la fuerza personal.
3. No muestra un sentido aplastante de culpa si no vive con arreglo a sus ideales.
4. Sabe cuándo resistirse y cuándo ceder.
5. Sigue luchando por su propia actualización.
6. Se valora como persona que ayuda.
7. Se dirige a sí misma más que dejarse dirigir por otros.
8. Puede equilibrar el trabajo con la diversión.
9. Puede soportar una cantidad razonable de estrés y ansiedad.
10. Conoce la importancia de desarrollar una filosofía de la vida y un código ético.
11. No teme la siguiente etapa de desarrollo.

Una persona que no realiza las tareas evolutivas de la generatividad entra en la etapa de estancamiento o involución, el otro extremo de lo continuo. El individuo que está en la etapa de estancamiento o involución regresará a una etapa anterior de crecimiento y desarrollo, como, por ejemplo, la adolescencia. A diferencia de la persona generativa, la estancada o ensimismada detesta el envejecimiento de su cuerpo. Es egocéntrica, rebelde, reservada y resulta difícil llevarse bien con ella.

Algunos individuos que se encuentran en la etapa de involución y estancamiento tienden a aceptar enseguida las características de esta etapa. Y una vez que alcanzan la edad madura se consideran viejos. Pierden el entusiasmo por la vida. Muchos se deprimen y muestran una actividad derrotista hacia la vida en general. Piensan que, puesto que han alcanzado el mágico momento de la edad madura, ya no tienen nada que merezca la pena ofrecer a los demás. Muchos de ellos sólo se dedican a compadecerse de si mismos.

Una persona que haya entrado en la etapa de estancamiento o involución se hace pasiva, ensimismada y depresiva. Estas personas muestran una falsa intimidad, regresión y un comportamiento infantil. Tienden a ver la madurez, sobre todo su última parte, como algo que hay que evitar o temer. No creen que tengan mucho que dar a los demás, sobre todo a las generaciones futuras. Erikson creía que el individuo que no ha llevado a cabo con éxito las tareas evolutivas de esta etapa tendrá dificultad en concluir la siguiente etapa final del desarrollo, integridad del ego contra desesperación (Craig, 1976; Erikson, 1963; Erikson, 1968; Murray y Zentner, 1989). Aunque Erikson ha recibido considerables alabanzas por esta teoría de las tareas evolutivas, no todos los teóricos coinciden con su enfoque. Por ejemplo, el psicólogo Robert Peck (Craig, 1976; Peck, 1968; Stevens-Long, 1979; Vander Zanden, 1978) consideraba las tareas de Erikson en sus dos últimas etapas de desarrollo demasiado globales y poco específicas. Pensaba que Erikson ponía demasiado énfasis en las seis primeras etapas de la vida y no el suficiente en las dos últimas. Para corregir este desequilibrio intentó ampliar las tareas evolutivas y concibió los cuatro modelos siguientes.

Teoría de Robert Peck

Valoración de la sabiduría contra valoración de las facultades físicas. Peck afirma que este modelo es importante porque a medida que uno envejece hay una pérdida de resistencia física, fuerza y atractivo. Con la pérdida de las facultades físicas, una persona debe encontrar otros medios de hacer frente a la vida. Una forma es utilizar la sabiduría propia o las energías mentales. Cabe esperar que una persona utilice las experiencias de la vida pasada para llegar a soluciones alternativas a los problemas de la vida cotidiana. Si fracasa a la hora de valorar y utilizar la sabiduría en lugar de las facultades físicas tiende a amargarse y disgustarse consigo misma y con la vida en general. Tales personas tienen poco que ofrecer a las generaciones futuras. No consiguen estar al día y experimentan problemas a la hora de llevar a cabo las tareas de la vejez.

Socialización contra sexualización. En este modelo evolutivo, el individuo se enfrenta con el climaterio, que puede verse acompañado por un cambio en la actividad sexual. En el caso de las mujeres, hay una incapacidad para tener hijos, y en aquella que ha visto realizada su feminidad principalmente gracias a esto, puede producirse una verdadera crisis al no poder ya concebir. Un modelo similar sigue también el hombre al empezar a mermarse sus facultades sexuales. Peck ha sugerido que estos hombres y mujeres valoran más las relaciones sexuales que el compañerismo. Así, debe alcanzarse un cómodo equilibrio entre la socialización y la sexualización. La gente que no llega a lograr este equilibrio con frecuencia

se frustra y deprime porque se sigue viendo a sí misma y a sus compañeros principalmente como objetos sexuales más que como personalidades únicas, fuentes de consuelo y compañerismo. Las mismas personas, para mantener la imagen del objeto sexual, tienen a menudo aventuras extra-matrimoniales. Estas personas actúan sexualmente, ignorando las oportunidades de desarrollar su capacidad de comunicación o socialización.

Flexibilidad de carácter contra empobrecimiento de carácter. La flexibilidad de carácter se refiere a la capacidad de transferir los valores emocionales propios de una persona a otra, de un grupo a otro y de una actividad a otra. A medida que la persona envejece tienen que producirse nuevos contactos porque los hijos abandonan el hogar, mueren familiares y viejos amigos y se producen jubilaciones. La gente que es emocionalmente flexible encuentra mucha satisfacción en trabar nuevas relaciones personales y desarrollar nuevas actividades, incluso aunque echen de menos las antiguas. La persona que sufre un empobrecimiento de carácter tiene gran dificultad para hacer nuevos contactos e implicarse en nuevas actividades. En lugar de eso, tiende a encerrarse en sí misma y deprimirse o preocuparse en exceso. Esta persona ve la vida como algo aburrido e inútil.

Flexibilidad mental contra rigidez mental. La persona que es mentalmente flexible puede cambiar con el tiempo y acoger nuevas ideas a la vez que mantiene una actitud positiva hacia la vida. Sin embargo, aquella que sufre rigidez mental tiene la mente cerrada a las nuevas ideas y técnicas e insiste en hacer las cosas de forma rígida e inalterable. Esta persona experimentará obviamente el rechazo de los demás, se sentirá alienada y experimentará ansiedad y depresión. Igualmente importante es el hecho de que la persona inflexible no logra crecer emocionalmente y, por lo general, tiene dificultades en llevar a cabo las tareas evolutivas de la vejez.

Comparación de las teorías de Peck y Erikson. La ampliación que hace Peck de las tareas evolutivas de Erikson permite comprender mejor esta etapa porque Peck insiste en los aspectos biológicos, así como en los psicosociales, mientras que Erikson insiste más en estos últimos. Obviamente, es necesario adaptarse a los cambios psicosociales y biológicos con los que se encuentra el individuo al final de la madurez para realizar satisfactoriamente las tareas de esta etapa de desarrollo.

Teoría de Robert Havighurst

Según Kaluger y Kaluger (1979), Robert Havighurst se ha interesado principalmente por el desarrollo humano en las sociedades occidentales. Havighurst afirma que ciertas tareas evolutivas surgen en todos los niveles de edad; su naturaleza varía según las culturas. Havighurst (1979, 2), define una tarea evolutiva como “aquella que surge cerca o durante un cierto período de la vida del individuo, y cuya realización satisfactoria conduce a su felicidad y al éxito en tareas posteriores, mientras que el fracaso lleva a la desdicha del individuo, a la desaprobación por parte de la sociedad y a la dificultad en tareas futuras”.

Havighurst (1974) describe las tareas evolutivas de la madurez como biológicas, sociológicas y psicológicas en origen. Así, cada persona experimenta cambios internos y cambios externos como las presiones del entorno (por ejemplo, la jubilación y los ingresos reducidos).

Ayudar a los hijos adolescentes a convertirse en adultos sanos y responsables. Havighurst describe siete tareas evolutivas en esta etapa. La primera es ayudar a los hijos

adolescentes a convertirse en adultos sanos y responsables.. Muchos padres no se enfrentan a esta tarea al final de esta etapa por haber tenido a los hijos en la tercera década de su vida. Sin embargo, muchos hijos nacieron de padres que estaban cerca de los cuarenta; estos padres mas mayores se encuentran responsables de unos hijos adolescentes cuando se hallan en su última etapa de la madurez. De hecho, algunos hombres se convierten en padres de nuevo al final de la madurez e incluso en la vejez.

Havighurst afirma que los padres deberían ayudar a sus hijos adolescentes para que éstos alcancen la independencia. También ha dicho que es importante que los padres sirvan de buenos modelos para ayudar a sus hijos adolescentes a convertirse en buenos padres, creadores de un hogar, soportes de la familia y ciudadanos. Para realizar estas tareas los padres deben estar dispuestos a escuchar e intentar comprender los problemas a los que se enfrentan sus hijos. No serán demasiado solícitos, punitivos ni protectores con los adolescentes. Por último, no sólo deben guiarlos y protegerlos, sino también concederles un margen razonable de libertad.

Conseguir la responsabilidad cívica y social. La segunda tarea evolutiva es lograr responsabilidad cívica y social. Havighurst ha afirmado que el grupo de edad madura debe asumir responsabilidades cívicas y sociales, puesto que se halla en la cima de su influencia.

Ambos sexos, en especial los componentes de las clases socioeconómicas altas y medias, disfrutan de actividades políticas, cívicas y sociales. La clase trabajadora muestra menos interés en el bienestar social y cívico del entorno. Sin embargo, a medida que se incrementa el nivel de educación de esta clase, lo hace también su interés por los asuntos sociales y cívicos.

Alcanzar y mantener una actuación satisfactoria en la ocupación que uno desempeña. La tercera tarea de Havighurst es alcanzar y mantener un cumplimiento satisfactorio de la ocupación que uno desempeña. Los hombres y las mujeres que han desempeñado trabajos satisfactorios durante toda su vida de adultos normalmente llegan a esta época a la cima de su posición y de sus ingresos. Esto se cumple especialmente en el caso de los profesionales.

Sin embargo, muchas mujeres después de criar a una familia volverán al mundo laboral o se incorporarán a él por primera vez. Algunos hombres, sobre todo aquellos que pueden jubilarse pronto, empiezan un nuevo trabajo o carrera. Así, si una persona cambia de trabajo o carrera durante esta etapa, tiene la ventaja de mantener su capacidad de adaptación.

Desarrollar actividades para el ocio del adulto. La cuarta tarea consiste en desarrollar actividades de ocio para el adulto. Las personas que se sitúan en esta etapa de desarrollo descubren normalmente que disponen de mucho más tiempo libre por estar menos absorbidos en el progreso de sus carreras. Y también que necesitan un tiempo de experiencias menos enérgicas. Cuanto más versátil y flexible sea una persona, tanto más fácil le resultará encontrar nuevas actividades para su ocio que le satisfagan.

Relacionarse con el cónyuge como persona. Según Havighurst, la quinta tarea es relacionarse con el cónyuge propio como persona. Cuando la maternidad, en el caso de las mujeres, y el trabajo o carrera, en el de los hombres, se convierte en algo secundario, la pareja madura tiene más tiempo el uno para el otro. Tanto el marido como la mujer necesitan comprender los cambios físicos y psicológicos que sufren y las necesidades que los

acompañan. Por ejemplo, el marido debe comprender los cambios y problemas físicos y especialmente psicológicos que acompañan a la menopausia y a la postmenopausia. En este momento debería hacerle saber a su esposa que la sigue viendo atractiva, y él también debiera cuidar su aspecto físico.

Ella también debe comprender y ayudar al marido a hacer frente a algunos de los cambios físicos y psicológicos que probablemente experimente durante la última parte de esta etapa. También necesita reforzar los atributos físicos y psicológicos de su pareja. Debería igualmente hacer un esfuerzo especial por conservar su aspecto físico. Ante todo, el marido y la mujer deben comunicarse mutuamente de una forma abierta y sincera.

Aceptar y adaptarse a los cambios fisiológicos. La sexta tarea es aceptar y adaptarse a los cambios fisiológicos de la edad madura. Estos cambios se hacen más obvios durante esta etapa de desarrollo y requieren un reajuste por parte de ambos sexos.

Pueden producirse los siguientes cambios biológicos, aunque algunos no ocurran hasta la vejez:

1. Pérdida de elasticidad en la piel, acompañada de rugosidad y sequedad.
2. Disminución de la fuerza muscular.
3. Disminución en las habilidades neuromusculares.
4. Presbiopia.
5. Acumulación de grasa alrededor de la cintura.
6. Pelo duro en la nariz, orejas y pestañas en el caso de los hombres.
7. Menopausia en el de las mujeres. Normalmente la menopausia ocurre entre los 45 y 55 años. Muchas mujeres experimentan un crecimiento de vello sobre el labio superior y la barbilla.

Estos cambios fisiológicos requieren un reajuste psicológico por parte de ambos sexos. Para los hombres el más importante parece ser la pérdida de fuerza muscular y la disminución de potencia sexual. Las mujeres deben adaptarse a la menopausia y a su propia disminución de atractivo físico. Sin embargo, no todas las mujeres reaccionan negativamente, algunas son capaces de aceptar estos cambios fisiológicos con bastante elegancia. El ajuste a estos cambios se determina culturalmente. Por ejemplo, en algunas culturas se ve la vejez con dignidad y respeto, mientras que en otras se hace con temor y repugnancia.

Hasta cierto punto, el conocimiento que tenga una persona de la fisiología de esta etapa le ayuda en su ajuste a los cambios psicológicos que tienen lugar en ese momento. Las actividades ocupacionales también pueden ayudar durante este periodo de adaptación.

Adaptación a unos padres en proceso de envejecimiento. La séptima y última tarea de la madurez es la adaptación a unos padres que envejecen. El adulto de edad madura (unos 55 años) se encuentra en el centro de una familia integrada por tres generaciones, en la que es responsable de unos padres que envejecen así como de unos hijos adolescentes. Y cabe

esperar de esa persona que complemente los ingresos de uno de los padres o de los dos, que les proporcione un lugar de residencia y que tome importantes decisiones en relación a su bienestar y seguridad. Por ejemplo, si los padres ya no pueden mantener una residencia independiente, el hijo se enfrentará al hecho de tener a los padres viviendo en su hogar o elegir un asilo u otro tipo de residencia vigilada similar. Tales decisiones son importantes tanto para el hijo como para los padres.

La posición socioeconómica parece ser un factor a tener en cuenta a la hora de resolver los conflictos entre los padres ancianos y su hijo o hijos. Debido a su independencia económica e implicación en funciones cívicas y sociales, las personas mayores de clase socioeconómica alta normalmente siguen independientes más tiempo que las de clase media o baja. En la clase media, antes que la cuestión económica el problema más importante es el conflicto sin resolver entre padre e hijo. Este conflicto es mucho más evidente si éstos intentan vivir juntos.

En la clase trabajadora parece haber menos conflicto entre padres e hijos. Se advierte menos hostilidad entre las dos generaciones que comparten la misma residencia. En muchos casos los padres mayores aceptan la responsabilidad de cuidar de los nietos y de la casa mientras sus hijos trabajan.

Teoría de Sigmund Freud

Sigmund Freud también estudió el problema de las tareas evolutivas del final de la madurez. Antes de tratar los conceptos de Freud sería útil comparar su teoría psicosexual sobre el desarrollo humano con la teoría psicosocial de Erikson.

En primer lugar, Freud creía que el desarrollo de la personalidad tenía cinco etapas psicosexuales: oral, anal, fálica, latente y genital (Craig, 1976). Como pensaba que las tres primeras eran las más importantes en el desarrollo de la personalidad, Freud las analizó más detenidamente. Postulaba que a medida que una persona entraba en cada etapa, se tenían que resolver ciertos conflictos. Si estos conflictos no se resolvían adecuadamente, se decía que la persona tenía una fijación y encontraría más dificultad en resolver los conflictos de la etapa siguiente. Pese a la gran contribución de Freud a la comprensión del desarrollo de la personalidad, los críticos se quejan de que fracasó a la hora de desarrollar adecuadamente su concepto de las etapas adolescente y adulta del desarrollo humano (Vander Zaden, 1978).

Erikson, teórico de etapas como Freud, describió vivamente el progreso de una persona a través del ciclo vital en su estudio sobre las ocho etapas del hombre. La teoría psicosocial de Erikson se cimenta sobre la teoría psicosexual de Freud, pero la de Erikson analiza más los factores sociales, psicológicos y ambientales que son importantes para el desarrollo de la personalidad (Sutterley y Donnelly, 1973). Escapa al alcance de este capítulo hacer una comparación minuciosa de las teorías de uno y otro sobre el desarrollo de la personalidad. En general, la de Erikson presenta más detalles de cada parte del ciclo vital y resulta más optimista y aceptable para casi todos los teóricos de la personalidad que la de Freud.

Como se indicó anteriormente, Freud no describió con detalle las tareas evolutivas que se deben acometer durante el final de la madurez. Sin embargo, dijo que una tarea importante para el adulto era amar y trabajar en armonía. Si una persona tiene un conflicto importante en estas dos áreas, sus posibilidades de llevar a cabo las tareas evolutivas tal como las describen otros serán difíciles y a veces imposibles.

Básicamente, Freud creía que si una persona había sufrido graves conflictos y preocupaciones en su temprana infancia con poca o ninguna posibilidad de resolverse, esa persona vería reducidas las posibilidades de tener una edad adulta feliz. También creía que el fracaso a la hora de resolver los conflictos y preocupaciones conducía normalmente a un abuso de mecanismos de defensa, disminuyendo la posibilidad que tiene la persona de llevar una vida feliz. También que cuanto más se abusaba de estos mecanismos de defensa para reducir el nivel de preocupación de una persona, más difícil sería que ésta se comportase de manera normal. Según Vander Zanden (1978), Freud veía la edad adulta como un reflejo de la infancia, sobre todo, de los seis primeros años.

TAREAS EVOLUTIVAS DEL FINAL DE LA MADUREZ

Ahora que se han presentado las teorías de Erikson, Peck, Havighurst y Freud, procede hacer una revisión completa de las tareas evolutivas del final de la madurez. Estas tareas se dividen en dos amplias categorías: adaptación a cambios físicos y psicológicos y adaptación a cambios en el ciclo de la vida familiar.

Adaptación a cambios físicos y fisiológicos

Con la edad se experimentan muchos cambios físicos que afectan al concepto y la imagen de uno mismo. Según Stevens-Long (1979), puede producirse una ligera disminución de altura como resultado de la osteoporosis. Normalmente hay una pérdida de agudeza visual y auditiva debida a los cambios degenerativos en los ojos y en el oído interno. Estos cambios tienden a ser mayores en la vejez. Los cambios degenerativos en el oído interno están causados normalmente por una exposición prolongada a agentes nocivos, como son los ruidos elevados. El tiempo psicomotor y de reacción puede disminuir como consecuencia de factores tales como la salud general de la persona, las experiencias pasadas y presentes y el tipo de entorno en el que ha trabajado el individuo. Véase el Capítulo 3 para un estudio detallado de los cambios fisiológicos.

La primera tarea evolutiva tiene que ver con el climaterio y con los cambios en la sexualidad (en particular el ciclo de respuesta sexual), poniendo énfasis en la causa y el efecto.

Los términos climaterio, cambio de vida y menopausia son a veces intercambiables. Según Kaluger y Katuger (1979), en el hombre el climaterio se llama andropausia y en la mujer recibe el nombre de menopausia. El término climaterio deriva de dos palabras griegas que significan “escalón” y “tiempo crítico”. El término cambio de vida, aplicado comúnmente a la madurez, indica un cambio de una fase a otra tanto en los hombres como en las mujeres. La menopausia hace referencia al cese de la menstruación. Según Weideger (1976), la época y las manifestaciones de la andropausia no se definen tan claramente como los de la menopausia. Puede decirse que durante el período climatérico ambos sexos experimentan un descenso en el nivel y actividad de las hormonas sexuales que afectan al cuerpo de forma fisiológica y psicológica.

El climaterio en la mujer. Al tratar el tema del climaterio en la mujer se plantean con frecuencia dos preguntas: ¿cuándo se produce la menopausia? y ¿por qué ocurre? La primera es menos difícil de responder que la segunda.

La edad en la menopausia. En un estudio realizado sobre el final de la menstruación entre 903 mujeres, Kaluger y Kaluger (1979,417) informaron de los siguientes descubrimientos. Se halló que la edad media para llegar al final de la menstruación era de 49,2 años. Los otros descubrimientos eran que sólo el 3,5% de los casos se producían antes de los 40 años, el 20% entre los 40 y 44; el 48% entre los 45 y 49; el 30% entre los 50 y 54 y sólo un 1,5% a las edades de 55, 56 o 57 años". Es evidente que hay una amplia variación en la edad en que se produce la menopausia. Los descubrimientos de este estudio muestran también que algunas mujeres que han pasado de los 55 siguen experimentando los síntomas. También afirman los autores que esta etapa se completaba normalmente en un plazo entre dos y cuatro años. Y observaron que el modelo menopáusico de la hija se corresponde por lo general con el de la madre.

Weg (1987) y Stenchener (1991) afirman que una revisión de los estudios publicados a lo largo del tiempo revela que la mayoría de las mujeres experimentan la menopausia hacia los 50 años de edad. Weg (1987) ha concluido que "los múltiples factores estudiados como las condiciones socioeconómicas, la raza, el estado civil, los ingresos, el entorno geográfico, la maternidad, la altura y la densidad de las arrugas parecen influir poco en la edad de la menopausia". Ambos autores coinciden en que de las mujeres que son muy fumadoras y de aquellas que viven en altitudes elevadas cabe esperarse que la experimenten más temprano.

Causas de la menopausia. ¿Por qué se produce? Para Stenchener (1991) "la menopausia es un estado fisiológico que se describe mejor como una insuficiencia del folículo ovárico para desarrollar, madurar y producir estrógenos". Afirma que "se desconoce su verdadera causa pero podría estar relacionada con el progresivo envejecimiento del cerebro, el hipotálamo y la glándula pituitaria". Weg (1987) afirma que la causa más comúnmente apuntada es la insuficiencia ovárica. Ambos autores especulan con que se puede relacionar con la pérdida de óvulos en un ovario viejo. Este descenso de la función ovárica no se produce rápidamente (Strauss, 1978). Según Ambron y Brodzinsky (1979), el descenso en la producción de hormonas ováricas de estrógeno y progesterona comienza normalmente a finales de los 30 y principios de los 40 años. Los resultados de esta falta de respuesta ovárica son la incapacidad de quedar embarazada, el final de la menstruación y la insuficiencia en la producción de estrógeno y progesterona. Independientemente del motivo, cuando los ovarios no responden a la hormona que estimula el folículo producida por la glándula pituitaria, los óvulos no maduran y los ovarios cesan de producir el estrógeno adecuado.

Síntomas. Las perturbaciones en el equilibrio hormonal mencionadas anteriormente producen varios síntomas asociados frecuentemente con la menopausia. El primero de ellos implica al menos uno de los siguientes cambios en el modelo menstrual (Kaluger y Kaluger, 1979):

1. Una disminución gradual en la actividad del flujo, pero sin irregularidad.
2. Irregularidad en el ritmo con períodos omitidos.
3. Irregularidad en el ritmo y cantidad de flujo.
4. Un cese brusco de la menstruación.

Los otros síntomas comunes de la menopausia son sofocos, dolores de cabeza, vértigo y palpitations (Stenchener, 1991). Algunas mujeres experimentan ansiedad, depresión,

irritabilidad, insomnio, unas ganas exageradas de dormir y dolores en pecho y cuello (McCary, 1978). Para Kaluger y Kaluger (1979), la disminución en los niveles de hormonas ováricas origina cambios internos como el descenso en el tamaño del útero y ovarios, reducción en el tamaño y longitud de las trompas de falopio, se acorta y adelgaza el canal vaginal, se reducen las secreciones vaginales y hay un cambio en el contenido hormonal de la orina. Otros cambios internos que se producen, pero que no tienen nada que ver con la reproducción son: una disminución en el tamaño de los ganglios linfáticos y del bazo, cambios en la pared intestinal (que normalmente produce estreñimiento) e incontinencia urinaria. Los autores también describen síntomas externos asociados con la menopausia, como la reducción en tamaño y firmeza de los senos; la tendencia a ganar peso sobre todo alrededor de la cintura; pelo ralo en cuero cabelludo, axilas y genitales externos; crecimiento de vello por encima del labio superior; pérdida de firmeza en los labios; músculos fofos en la parte superior del brazo y las piernas y piel seca y con comezón, sobre todo después del baño.

Se piensa que los sofocos, que es uno de los síntomas más comunes y molestos, se deben al efecto del desequilibrio hormonal en los sistemas nervioso y vascular. Este desequilibrio hormonal afecta al diámetro de los vasos sanguíneos provocando una brusca dilatación o contracción de los mismos. Cuando hay una brusca dilatación se producen sofocos y cuando hay una brusca contracción, frío. La frecuencia con que producen estos sofocos varía, pero pueden ocurrir varias veces al día y durar desde un segundo hasta varios minutos. Se cree que "cuantos más sofocos experimenta una mujer durante la menopausia, menos probable es que se desarrollen otras afecciones molestas" (McCary, 1978, 83). Se desconoce la razón de este fenómeno.

Otras afecciones asociadas a la menopausia. Con la menopausia se asocian otras afecciones de naturaleza más grave. Por ejemplo, la deficiencia de estrógenos se relaciona con la aterosclerosis que puede ser un factor que contribuya a afecciones cardíacas. Antes de la menopausia, las enfermedades cardíacas son menos frecuentes entre las mujeres que entre los hombres de edad análoga. Sin embargo, una vez que las mujeres han superado esta etapa, su índice de enfermedades cardíacas casi se iguala al del varón.

La otra afección que se asocia con la deficiencia de estrógenos es la osteoporosis. En ella los huesos se vuelven frágiles, porosos y más propensos a fracturas con las consiguientes lesiones. De la compresión de las vértebras cervicales puede resultar una afección conocida como joroba de la aristócrata viuda (cifosis). Debido a la osteoporosis, no es raro que las mujeres postmenopáusicas se quejen de dolores de espalda.

Algunos médicos prescriben la terapia para reemplazar los estrógenos (ERT) a fin de reducir los síntomas menopáusicos y postmenopáusicos. Sin embargo, otros se muestran escépticos al ERT debido a su posible relación con el cáncer de útero y los ataques de apoplejía. En cualquier caso, el ERT es efectivo en algunos casos de síndrome menopáusico pero no así en otros. Además del ERT, los tranquilizantes y el asesoramiento médico pueden ayudar a aliviar algunos de los síntomas dolorosos de la menopausia (Carnago, 1987).

El climaterio y el ciclo de respuesta sexual en las mujeres. Los cambios en los sistemas reproductores pueden afectar en menor medida a los ciclos de respuesta sexual. El ciclo de respuesta sexual se divide en cuatro fases: excitación, meseta, orgásmica y resolución.

Según Ebersole y Hess (1990), Fogel y Lauver (1990), Pengelley (1974) y Woods (1979), el ciclo de respuesta sexual de las mujeres mayores difiere del de las mujeres jóvenes en los

siguientes aspectos.

Fase de excitación. En esta fase, la mujer mayor experimenta un descenso de la capacidad de lubricación vaginal que requiere más tiempo que en la mujer joven. Se cree que estos cambios son consecuencia del adelgazamiento de los músculos de la pared vaginal. También existe una reducción en la expansión de las dos terceras partes internas de la vagina tanto en profundidad como en anchura. Y, de nuevo, esta disminución es consecuencia de la atrofia muscular de la pared vaginal. Las mujeres que permanecen sexualmente activas a lo largo de sus vidas o aquellas que se someten al ERT experimentan menos dificultades con su lubricación y expansión vaginal. No hay diferencia significativa en el tamaño del clítoris ni en la respuesta entre ambos grupos de mujeres, aunque sí se producen distintos cambios en los labios mayores y menores. En los labios menores se reduce la vasocongestión y los mayores muestran una separación y menor elevación. Sin embargo, no siempre se producen estos cambios en los labios mayores. Se cree que se debe a una disminución en la elasticidad del tejido. También se produce una reducción en el acúmulo de grasa en los labios mayores y en el monte de Venus. Los cambios en el útero, tales como la elevación, ocurren más despacio, son menos intensos o puede que no lleguen a producirse. También es menor la vasocongestión de los senos, sobre todo en los caídos. Y, por último, se reducen en la mujer mayor el flujo sexual y la tensión muscular elevada que se observa con frecuencia en la mujer joven.

Fase de meseta. Durante esta fase hay una reducción en la vasocongestión y puede producirse una expansión continuada de los dos tercios internos de la vagina. Los labios menores muestran un cambio menos intenso en cuanto al color que en las mujeres jóvenes. El útero presenta una elevación menos acusada. En los senos hay un menor engrosamiento del pezón. Se produce un menor abultamiento del clítoris durante esta fase tras haberse alcanzado los 60 o 70 años. Aparte de los cambios mencionados, la fase de meseta es igual en ambos grupos de mujeres. En algunos casos, la intensidad puede ser ligeramente menor a la que experimenta la mujer más joven.

Fase orgásmica. Sólo destacan dos cosas en la mujer mayor durante esta época. En la postmenopáusica se reduce el número de contracciones de la plataforma orgásmica vaginal, o vibraciones vaginales. Algunas mujeres mayores experimentan también contracciones dolorosas del útero. Por lo demás, la fase orgásmica de la mujer es similar a la de la mujer joven. Una experiencia satisfactoria y agradable.

Fase de resolución. En general, la fase de resolución es más rápida en la mujer mayor. Destaca especialmente la rapidez con que el clítoris y la vagina recuperan su tamaño normal. Sin embargo, la pérdida de erección en los pezones es más lenta.

En resumen, la estimulación sexual y el placer variarán de una mujer a otra dependiendo de su actitud hacia el sexo y la vejez. En general, la mujer mayor responde a la estimulación sexual con menos rapidez que la joven y puede que la respuesta no sea tan vigorosa. A pesar de estas dos pérdidas relativamente menores, para ella el sexo debería seguir siendo agradable.

El climaterio masculino. A diferencia de las mujeres, los hombres no experimentan la menopausia, pero este período produce cambios evidentes en el sistema reproductor masculino que pueden afectar al comportamiento y la sexualidad del varón.

Como le sucede a las mujeres mayores, los hombres muestran una disminución en el nivel de hormonas sexuales, en este caso testosterona. Junto con este descenso en el nivel de testosterona hay una ligera disminución en la producción de esperma (Ambron y Brodzinsky, 1979). Stevens-Long (1979, 229) afirma que se produce una reducción del 30 por 100 “entre los 25 o 30 años y los 60...” y otro 20 por 100 entre los 60 y 80. Por estas cifras resulta evidente que la disminución en la producción de esperma es consecuencia de la degeneración de los testículos.

El período climatérico no alcanza dimensiones tan dramáticas en los hombres. La edad en que se observan los efectos de la disminución de testosterona varía según los individuos pero normalmente se sitúa entre los 55 y 65 años. Esta reducción en el nivel de testosterona produce cambios corporales. Ambron y Brodzinsky afirman que, al igual que sucede en las mujeres, los hombres experimentarán una tendencia a engordar y una mayor susceptibilidad a la artroesclerosis y osteoporosis.

Cambios durante el climaterio masculino. Junto con el descenso en testosterona y en la producción de esperma McCar (1978) describe otros cambios en el sistema reproductor. Los testículos disminuyen de tamaño y firmeza y pierden su capacidad de elevarse hasta el mismo punto que cuando el hombre era más joven. Hay un deterioro gradual de los túbulos seminíferos, dando como resultado una producción menguada de esperma. Es frecuente el aumento de la glándula prostática y durante el coito sus contracciones son menos energéticas. La eyaculación disminuye en fuerza. El fluido seminal disminuye en volumen y viscosidad. El orgasmo tarda más en empezar y puede que no dure tanto como antes. La erección necesita más tiempo, pero puede mantenerla más que un hombre joven. La frecuencia e intensidad de las erecciones también decrece. Puede que necesite varias horas para tener una erección.

Stevens-Long (1979) advierte otros cambios: es posible que haya fibrosis o esclerosis de pene, y la degeneración de las venas y arterias de este órgano será un factor importante en la merma de capacidad para alcanzar una erección.

Como los hombres no experimentan la menopausia, raras veces, o incluso nunca, presentan los mismos síntomas que las mujeres. Sin embargo, según Stevens-Long (1979), si en la madurez hay un descenso del funcionamiento testicular, los hombres experimentan algunos de los síntomas molestos femeninos, como, por ejemplo, sofocos y fríos, nerviosismo, vértigo y taquicardia. Parece entonces que el grado hasta el cual llega a experimentar un hombre los síntomas fisiológicos y psicológicos de este período depende del nivel corporal de hormonas masculinas y de su actitud hacia la sexualidad. Y quizá, los factores más importantes para mantener una buena vida sexual al final de la madurez sean tener una actitud y unas creencias positivas hacia la sexualidad.

El climaterio y el ciclo de respuesta sexual en los hombres. También el hombre muestra cambios en las cuatro fases del ciclo de respuesta sexual. Según Ebersole y Hess (1990), Fogel y Lauver (1990), Pengelley (1974) y Woods (1979), la respuesta sexual del hombre de edad avanzada difiere del hombre joven de la siguiente forma.

Fase de excitación. El hombre mayor necesita dos o tres veces más tiempo para alcanzar la erección pero es capaz de prolongarla más. En el escroto hay manos vasocongestión y rigidez" del saco escrotal. Los testículos no consiguen elevarse por completo. Muestran menos concentración de musculatura cremastérica y raramente presentan incremento de

tamaño debido a la vasocongestión.

Fase de meseta. Puede que el pene no alcance la erección completa hasta el final de la etapa de meseta y que exista o no emisión preeyaculatoria. En caso afirmativo, normalmente está menguada. Esta fase puede prolongarse porque el hombre tenga un mejor control de la necesidad de eyacular. Se reduce el grado de elevación testicular y sucede lo mismo con la vasocongestión que puede llegar a estar ausente.

Fase orgásmica. Por lo general, el período orgásmico es más corto y menos intenso pero, con todo, agradable. En esta fase disminuye la fuerza de eyaculación, de los 30 a 35 cm. que se observan en el joven hasta 15 o 30. Las contracciones del pene se producen con la misma frecuencia pero el número es menor. También se reduce la cantidad y viscosidad del semen.

Fase de resolución. En esta fase es más rápida la pérdida de erección y de descenso testicular, mientras se hace más lenta la disminución y vasocongestión escrotal. Junto con ello, el hombre mayor necesitará más tiempo para alcanzar otra erección.

Masters y Johnson (1968) estudiaron seis factores que afectan a la sexualidad en el mayor:

1. Monotonía en una relación sexual.
2. Preocupación del hombre por los intereses económicos.
3. Fatiga mental y física.
4. Abuso de la comida y la bebida.
5. Debilidad física y mental.
6. Miedo al fracaso.

Estos factores tienden a reducir la actividad y el disfrute sexual. El hombre mayor debería esforzarse por evitarlos.

En resumen, tanto el hombre como la mujer de edad avanzada deberían seguir disfrutando del sexo. Deben tener presente que, aunque la frecuencia y el vigor del acto sexual puede decrecer a medida que envejecen, aún puede y debería ser agradable.

Disfunciones del sistema reproductor relacionadas con la edad. Para Spence (1988), existen disfunciones relacionadas con la edad que pueden afectar a la respuesta sexual de estos individuos. Estas disfunciones es posible que se produzcan a cualquier edad, pero se aprecian con más frecuencia en individuos que se hallan en esta etapa de su vida. En el caso de la mujer, las disfunciones incluyen vaginitis atrófica, prolapso del útero y cáncer de útero, ovarios y mama. La hipertrofia prostática benigna, cáncer de próstata e impotencia son disfunciones comunes en el varón. De ellas, la impotencia, que probablemente sea la más preocupante, puede resultar de una variedad de causas como, por ejemplo, diabetes, intervenciones de próstata, trastornos del sistema vascular o nervioso y medicamentos, como los dirigidos contra la hipertensión. Afortunadamente, el hombre puede recibir tratamiento mediante el uso de vasodilatadores e implantes en el pene. Estos implantes de pene pueden ser de dos tipos: la varilla flexible o el cilindro inflable que se implantan quirúrgicamente.

Ambos aparatos proporcionan al pene la necesaria rigidez para realizar el acto sexual.

Adaptación a los cambios que se producen en el ciclo de vida familiar

En esta amplia tarea evolutiva, la pareja de edad avanzada debe luchar denodadamente para enfrentarse a los hijos adolescentes, a la partida de los hijos, a la adaptación a la vida sin ellos (que puede incluir el hecho de convertirse en abuelos), a mantener una carrera o trabajo satisfactorio hasta alcanzar la jubilación, a adaptarse a los propios padres ancianos y, en la última fase, a la familia que envejece. Esta última fase tiene su propia multitud de tareas como adaptarse a la jubilación, a unos ingresos reducidos y a la posibilidad de enviudar (sobre todo, en el caso de la mujer); prepararse para la vejez y enfrentarse a la idea de la propia muerte del individuo.

TAREAS EVOLUTIVAS DE LA VEJEZ

Las tareas evolutivas de la vejez son similares a las de la madurez pero difieren en grado. Por ejemplo, en la persona mayor los cambios físicos y psicológicos se tornan más evidentes e incapacitan más. También adquieren más significación los cambios que se producen en el ciclo de vida familiar.

Las tareas evolutivas que se asocian con los cambios físicos y psíquicos de la vejez incluyen la adaptación a modificaciones en los órganos de 105 sentidos, cambios en la estatura y aspecto físico, en la homeostasis y en la capacidad funcional de reserva (Hayter, 1974). Estas modificaciones físicas y psicológicas dañan además la salud y el funcionamiento sexual. A medida que envejece una persona, los órganos de los sentidos pierden su agudeza y predisponen al anciano a sufrir privación sensorial y posibles traumas.

Los cambios del sistema músculo esquelético son los principales responsables de las alteraciones en la estatura y aspecto físico. Por ejemplo, la osteoporosis de la columna vertebral unida a unos músculos debilitados da origen al aspecto encorvado de estas personas, sobre todo, de las muy ancianas.

La mayoría de los sistemas orgánicos tienen que ver directa o indirectamente con la homeostasis y la capacidad funcional de reserva. El envejecimiento reduce la efectividad de todos los sistemas orgánicos, pero algunos de ellos se ven más afectados que otros. La existencia de una homeostasis dañada y de una capacidad de reserva en descenso conducirán a una disminución en la efectividad del funcionamiento físico y psicológico del anciano. La reserva funcional es la capacidad que tiene el cuerpo de cubrir una demanda más grande de lo que normalmente se requiere.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE LA VEJEZ

Teoría de Erik Erikson

La persona que ha completado de forma satisfactoria la séptima etapa evolutiva de Erikson -generatividad contra estancamiento- está ahora lista para iniciar la octava y última

etapa -integridad contra desesperación-. Para Erikson, esta etapa empieza a los 65 años y acaba con la muerte. La describe de forma bastante general y no proporciona una visión clara y detallada de la integridad. Aunque la descripción que hace Erikson de esta etapa es bastante general, sigue siendo crítica en la vida de un individuo.

La integridad se refiere a la capacidad de ver las experiencias pasadas de sí mismo de forma positiva, a pesar de los errores que se hayan cometido en el camino. La integridad implica las virtudes de renuncia y sabiduría. La renuncia implica el abandono de las metas que no se pueden conseguir y la aceptación de la vida por lo que ha sido y es ahora. Los individuos que muestran esta virtud no están siempre mirando hacia atrás y culpándose por los errores pasados. La sabiduría implica transmitir el conocimiento acumulado, el juicio maduro y las experiencias propias a futuras generaciones. Así, una persona que posea integridad en esta etapa evolutiva, demuestra su madurez, caracterizada por la aceptación del estilo de vida pasado, la serenidad y la buena voluntad para seguir la propia realización y aceptar la muerte. El individuo que se actualiza en esta etapa evolutiva muestra un deseo de alcanzar metas nuevas, de aprender sobre sí mismo y sobre el mundo. Las metas deseadas deberían ser asequibles y realistas. Un individuo que se encuentre en la etapa de integridad es una alegría para los que le rodean por su sabiduría y visión positiva de la vida.

El aspecto negativo de lo continuo, la desesperación, se caracteriza por mostrar disgusto por el pasado personal, fijarse metas ilusorias e inalcanzables y por un temor morboso a la muerte. A este individuo generalmente lo evitan los demás por su tendencia a insistir en el pasado y a presentar una visión negativa de la vida. Las personas que se hallan sumidas en un estado de desesperación tienen poca sabiduría que ofrecer a las generaciones futuras porque están demasiado absortas en repasar los errores pasados. Tales personas a menudo no consiguen valorar sus fuerzas pasadas y presentes por hallarse demasiado preocupadas por sus debilidades (Craig, 1976; Erikson, 1968). Según Murray y Zentner (1993), los individuos que pasan por este estado creen que “la vida ha sido demasiado corta y vana, y quieren otra oportunidad para rehacerla” (675). Esos individuos son críticos con los demás y proyectan en ellos sus propios sentimientos de disgusto e incapacidad. De esta forma, la gente que muestra desesperación con frecuencia es rehuida por los demás debido a su postura negativa. El hecho de ser ignorado por los demás no hace sino incrementar la sensación de desesperación. Entonces la persona puede reaccionar acercándose a los demás de forma negativa como hacia antes o bien retirándose y aislándose, y seguirá generalmente desesperada hasta que los demás intervengan. A continuación, se relata un caso de persona desesperada.

Al señor K, supervisor de 75 años, lo ingresaron en un hospital psiquiátrico local debido a un cambio gradual de comportamiento al jubilarse a los 65 años. Era padre de cuatro hijos ya adultos, casados, que vivían con sus propias familias. La mujer también estaba jubilada.

Al ingresarlo se comprobó que este hombre rechazaba bastante el contacto con los demás y prefería permanecer solo. La familia, y sobre todo la esposa, lo describían como una persona muy trabajadora que pasaba poco tiempo con ellos. Este individuo se censuraba mucho a sí mismo por no poder vivir con arreglo a las metas ilusorias, y con frecuencia imposibles de alcanzar, que se había marcado. No sólo se preocupaba en exceso por sus propios errores y debilidades pasados sino que criticaba igualmente los ajenos, sobre todo los de su familia. Este señor fue sometido a una revisión física completa para cerciorarse de que su gradual cambio de conducta no obedecía a causas físicas. Y se vio que no existían tales causas.

Pese a su actitud negativa, la familia estaba muy preocupada por el bienestar del paciente e hizo todo cuanto estuvo en su mano para ayudar a la recuperación. Cuando por primera vez se acercó el equipo psiquiátrico al señor K, éste se mostró muy reacio a recibir ayuda. Normalmente estaba absorto en un pasado y tenía grandes dificultades para perdonarse los errores cometidos. Solía decir: 'Si no me hubiera jubilado, hoy estaría bien'. No hablaba mucho de la muerte pero sus conversaciones revelaban que no tenía una actitud muy sana hacia ella.

Tras varios meses de terapia individual y de grupo se tomó menos solitario y negativista. En el momento de abandonar el hospital empezaba ya a pasar más tiempo con la familia y con los pacientes de su unidad, y pensaba ilusionado en ir a pescar con los nietos.

A los seis meses de salir del hospital, volvió para someterse a una revisión como paciente ambulatorio. Se mostró sonriente y respondió bien a las preguntas del equipo sanitario. Afirmó que disfrutaba de la vida, sobre todo de la jubilación y de la familia. Este ejemplo sirve para subrayar varios puntos importantes en relación a la desesperación:

- Desde una perspectiva emocional, la desesperación puede ser muy dolorosa tanto para el paciente como para la familia.
- Pueden ser, y con frecuencia se ve de hecho, motivada por acontecimientos como la jubilación.
- Puede aliviarse gracias a la preocupación de otros y a las intervenciones adecuadas.

Teoría de Robert Peck

Diferenciación del ego frente a preocupación por la función laboral. Al tratar la diferencia del ego y la preocupación por la función laboral, la principal inquietud de Peck es el valor que da una persona al trabajo y, hasta cierto punto, a la familia. Si una persona alcanza la integridad de su ego gracias al trabajo, ¿qué le pasará a ésta tras la jubilación? ¿Podrá encontrar otras actividades que se traduzcan en una sensación de valor continuo tanto para ella como para la sociedad o, por el contrario, la pérdida de trabajo producirá una sensación de inutilidad y pérdida de identidad del ego?

Y cuando los hijos abandonan el hogar, ¿empieza la madre a sentirse inútil y a experimentar una pérdida de identidad del ego? Para evitar crisis relacionadas con la jubilación y con el abandono de los hijos, sugiere Peck que antes de la jubilación y la vejez una persona necesita desarrollar alternativas y actividades valiosas a fin de usar el tiempo libre de la forma más eficaz.

Trascendencia corporal frente a preocupación corporal. En esta segunda dimensión se preocupa por el anciano que es consciente de los achaques y dolores normales y cuya salud física y poder de recuperación para dominar su vida decrece. Cree Peck que la persona que muestra trascendencia corporal podrá disfrutar de la vida en toda su extensión pese a los males-ataques físicos menores. Sin embargo, aquella que se preocupa por las molestias físicas no llegará a disfrutar de la vida en esta etapa, que debería caracterizarse por compartirla con los demás de forma satisfactoria o utilizando habilidades creativas desarrolladas gracias a la experiencia pasada. La persona que se complace en preocuparse por el cuerpo con frecuencia aliena a los demás, disminuyendo así la posibilidad de lograr la felicidad.

Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego. En esta tercera y última dimensión se interesa por la persona que puede dedicar energías al bienestar de las futuras generaciones y evitar el excesivo interés por su propia muerte. La persona que muestra trascendencia del ego ha llevado, por lo general, una vida generosa y desinteresada. Su filosofía de la vida incluye una sana aceptación de la muerte; se hace cargo de que éste es el final inevitable de la vida. La gente no debería preocuparse demasiado por su muerte. La persona que muestra trascendencia del ego se implica en actividades que hacen del mundo un lugar mejor en el que vivir, tanto para sus descendientes familiares como culturales. Asumiendo un papel activo, la persona dejará un legado que los demás admirarán y emularán.

Por el contrario, el individuo que muestra preocupación por el ego vive esta etapa con egoísmo y abatimiento. Debido a una preocupación por las necesidades personales y la muerte, no puede interesarse por las generaciones más jóvenes ni darles parte de sí mismo de una forma que le satisfaga y que tenga sentido. Y también pasará mucho tiempo en soledad y sufrirá el rechazo de los demás por su actitud negativa y egocéntrica.

Teoría de Robert Havighurst

En su teoría sobre las tareas evolutivas de la vejez, Havighurst (1974) se refería a esta etapa como el final de la madurez, en una banda de edad que iba desde los 65 años hasta la muerte. También planteaba la diferencia fundamental entre las tareas de la madurez y de su etapa final se encontraba en el desligamiento. Es decir, que durante el final de la madurez el adulto se desliga de algunas de las funciones que tuviera en la madurez. Esta liberación deja a la persona libre para implicarse o seguir la implicación en otras funciones. Estas últimas incluyen la de abuelo, ciudadano, miembro de un club o amigo.

Havighurst (1974) describía seis tareas evolutivas al final de la madurez.

Adaptarse a una fuerza física y a una salud en descenso. Según Havighurst, el envejecimiento biológico se debe a la disminución en el funcionamiento de las células y en el sistema celular. Por ejemplo, las células no pueden librarse de las sustancias nocivas, se deteriora la nutrición celular y se reduce la capacidad que tiene la célula para repararse.

Los más afectados por el proceso de envejecimiento son los sistemas cardiovasculares, renal y músculo esquelético. El daño de los sistemas cardiovascular y músculo esquelético puede dificultar la movilidad de la persona, y esa falta de movilidad puede tener un efecto negativo en el bienestar emocional. De manera que una persona puede tener que adaptarse a la invalidez o semi-invalidez. Cuanto más tiempo se esté libre de enfermedades que conduzcan a una parálisis crónica, más lento será el proceso de envejecimiento. En estas condiciones, la vida será más agradable durante esta etapa de desarrollo.

Adaptarse a la jubilación y a los ingresos reducidos. La segunda tarea evolutiva del final de la madurez es adaptarse a la jubilación y a los ingresos reducidos. La forma en que una persona se adapte a la jubilación depende de lo que haya significado el trabajo para esa persona. Si la persona ha alcanzado una sensación de mérito gracias principalmente a un trabajo, es posible que después de la jubilación sufra la desintegración del ego. Para esta persona será especialmente dura la jubilación antes de los 60. Sin embargo, algunas personas acogen de buen grado la jubilación anticipada. Piensan ilusionadas que realizan otras actividades y llevan una vida feliz.

Para algunos ancianos, la reducción de los ingresos puede ser un grave problema. Algunas veces les impide comprometerse y ser miembros de ciertos clubes y organizaciones. También pueden verse restringidos por este motivo los viajes y el estilo de vida. El grado hasta el cual sufrirá la persona el hecho de tener unos ingresos reducidos dependerá de las actividades que se vea obligada a eliminar y de lo importante que sean esas actividades para ella.

Adaptarse a la muerte del cónyuge. La tercera tarea evolutiva para este período es la adaptación a la muerte del cónyuge. Las mujeres se ven más afectadas por la muerte del cónyuge, sencillamente porque viven más.

La pérdida del cónyuge podría motivar que una persona cambiara de lugar de residencia, aprendiera nuevas habilidades, buscara un nuevo compañero..., y, por otra parte, debe hacer frente a la soledad causada por la muerte. La medida en que una persona sufrirá la muerte del cónyuge depende de los lazos emocionales que haya habido entre los dos, de que disponga de familiares y amigos para ayudar y de lo dependiente que sea la persona del cónyuge para resolver los problemas de la vida diaria. Algunas mujeres mayores dependen totalmente del mando en asuntos económicos. Los hombres tienden a depender en cuestiones como la cocina y las tareas del hogar. La necesidad de adquirir una nueva habilidad o desarrollar una nueva tarea llega además en un momento en que es mucho más duro el aprendizaje de nuevas habilidades y nuevas formas de hacer frente a las situaciones.

Establecer una afiliación explícita con el grupo de edad afín. La cuarta tarea evolutiva para el final de la madurez es establecer una afiliación explícita con el grupo de edad afín. Hasta cierto punto, la afiliación con este grupo está determinada biológica, psicológica y sociológicamente.

El envejecimiento biológico hace que los ancianos vayan más despacio, dificultándoles que mantengan al día las actividades de la madurez. Desde una perspectiva psicológica, uno se ve obligado a considerar el concepto de premio y castigo. Algunas veces se premia a los ancianos interior y exteriormente por seguir las actividades propias de la madurez. Por el contrario, se les puede castigar interior y exteriormente si ya no mantienen al día esas mismas actividades. El premio interior se produce cuando la persona mayor experimenta una sensación de éxito por poder seguir participando en actividades de la madurez. El premio externo se produce cuando este grupo lo acepta. En lo referente al castigo, se cumple justamente lo contrario. Puede que los ancianos sean incapaces de realizar las actividades propias de la madurez no sólo por su ritmo biológico lento, sino por los ingresos reducidos y otros inconvenientes. También puede que las personas maduras los esquiven porque no puedan “mantenerse a la altura” de ellos.

Psicológicamente supondrá una recompensa para una persona el asociarse con su propio grupo de edad. Hay menor necesidad de competencia, es más fácil encontrar compañerismo y se puede hallar prestigio en organizaciones cerradas a la madurez. Por desgracia, puede que algunas personas tengan una sensación de fracaso o castigo cuando se ven más o menos obligadas a asociarse con los de su misma edad. Esto se cumple especialmente en el caso de aquellas personas que tienen una visión negativa de la vejez y se muestran incapaces de apreciar sus aspectos positivos.

Adaptarse a las funciones sociales de un modo flexible. La quinta tarea evolutiva de Havighurst es adaptarse a las nuevas funciones sociales. Para este autor, la mayoría de las personas mayores reciben gran satisfacción y felicidad, compensando la pérdida de funciones

de la madurez, a través de un programa que sea flexible. Havighurst (1974, 113) afirma también que la capacidad de ampliar “las funciones familiares, de desarrollar y ampliar las funciones de actividad en la comunidad, de cultivar nuevas actividades y mantener un ritmo lento y equilibrado de actividades, conduce por lo general a unos modelos satisfactorios de vida”.

Establecer unos planes satisfactorios de vida. La sexta y última tarea evolutiva es establecer unos arreglos en el modo de vida. Los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos que se asocian a la vejez a menudo requieren un cambio en el estilo de vida.

Necesidades biológicas. Casi todos los ancianos, sobre todo los muy mayores y aquellos que sufran enfermedades que debiliten, como, por ejemplo, afecciones cardíacas y enfermedades articulatorias, ya no pueden desenvolverse en hogares que requieran un excesivo esfuerzo físico. Por ejemplo, una persona con artritis o enfermedad cardíaca se puede ver obligada a trasladarse a una habitación que esté en la planta baja debido a su incapacidad para subir escaleras.

Necesidades psicológicas. Según Havighurst (1974, 114), los estudios revelan que "los principales valores (psicológicos) que buscan los ancianos en cuanto al alojamiento son... tranquilidad, intimidad, independencia de acción, proximidad a parientes y amigos, economía, proximidad a medios de transportes y bibliotecas de la comunidad, tiendas, cines, iglesias, etc."

Necesidades sociológicas. La mayoría de la gente que se encuentra al final de la madurez vive formando parte de una pareja y mantiene un hogar del mismo modo que cuando tenía sesenta y pocos años. Sin embargo, si no les es posible hacerlo así, las mujeres tienen mayor tendencia a vivir con los hijos que los hombres.

Desde los años 50, estas personas han empezado a acomodar su estilo de vida a climas más cálidos. También ahora un número relativamente pequeño de ancianos busca vivir en comunidades formadas en su mayoría por personas mayores. Sin embargo, para Havighurst, el tipo de alojamiento más satisfactorio para estas personas es el especialmente diseñado para ellas formando parte de zonas residenciales de tres generaciones y de tipo comunal.

Teoría de Sigmund Freud

Las tareas evolutivas de Freud para la vejez son similares a las de la madurez. Según él, para la gente que entra en la vejez sigue siendo importante la capacidad de amar, pero más que al trabajo debe darse mayor énfasis a la capacidad que tiene la persona de hacer frente a la muerte.

INTERVENCIONES DE LA ENFERMERÍA PARA EL FINAL DE LA MADUREZ

El personal de enfermería debería comprender adecuadamente las tareas evolutivas que siguen los individuos durante todo el ciclo vital. Si es así, estarán en mejor posición de valorar, planificar y evaluar la asistencia de enfermería; de saber qué es lo que se ha de buscar en pacientes de edades diversas, de pronosticar los resultados de las intervenciones y de ser unos instructores eficaces.

El personal de enfermería usará el conocimiento de las tareas evolutivas para ayudar a otras personas además de los pacientes. Por ejemplo, la familia y los amigos consultan con frecuencia sobre problemas relacionados con las tareas evolutivas del anciano. Y el enfermero que pueda darles información correcta o remitirlos a una fuente adecuada estará practicando, en efecto, una prevención primaria, que es un servicio muy necesario.

Actitud del personal de enfermería

El personal de enfermería debe valorar sus propias actitudes hacia la madurez, así como a la persona que se enfrenta a las tareas evolutivas de esta etapa. El enfermero que tenga una visión negativa de este período comunicará esta actitud al paciente. A veces tienen unas expectativas ilusorias. Si carecen del adecuado conocimiento de las tareas evolutivas de la inmadurez pueden esperar consciente o inconscientemente que las personas dominen estas tareas sin mostrar un signo exterior de emoción o conflicto. También la edad del sanitario puede ser un factor que ayude a estas personas a hacer frente a las tareas evolutivas de la madurez. Por ejemplo, los enfermeros jóvenes pueden tener una visión negativa de este periodo y dificultad para comprender los problemas a los que se enfrenta este grupo de edad, mientras que de los de edad mediana cabe esperar que muestren una actitud más positiva y comprensiva.

Ayudar a los pacientes a adaptarse a los cambios físicos y psicológicos

Al ayudar a un paciente a adaptarse a los cambios físicos y psicológicos, el enfermero debe averiguar lo que significa el cambio físico para esta persona. El enfermero debería concentrarse en escuchar y dar la información necesaria para evitar transmitir noticias tranquilizadoras que no fueran ciertas.

Las enfermedades físicas y las tensiones emocionales inesperadas pueden interferir con el método natural que sigue una persona para hacer frente a las tareas evolutivas. Al evaluar el efecto de una enfermedad concreta en un paciente, el personal de enfermería debería, ante todo, averiguar por el propio paciente cómo ha afectado esa enfermedad a su vida. Si el personal de enfermería no llega a comprender cómo percibe el paciente su problema, el plan de asistencia podría no ser adecuado.

En muchos casos, una enfermedad o crisis puede interferir gravemente con la capacidad del paciente para hacer frente a las funciones de sostén de la familia, padre o madre y esposo o esposa. El enfermero debiera estar alerta a las indicaciones de que el paciente tiene problemas en estas áreas. La persona que pueda hablar abierta y libremente de los problemas en una atmósfera sin críticas experimentará menos ansiedad y gastará menos energía en mecanismos de defensa como negativas, represión y proyección para esconder pensamientos, sentimientos y necesidades. Cuanto más sepa y comprenda el personal de enfermería los problemas del paciente mejor podrá ayudarle a evaluar sus situaciones y a hacer planes para el futuro.

Ayudar a los pacientes a adaptarse a los cambios en la sexualidad

Con frecuencia se encuentra el DUE (*) con pacientes, familiares y amigos que tienen problemas para hacer frente al climaterio. Puesto que ello implica sexualidad, el personal de enfermería debería valorar su propia actitud hacia la sexualidad en general y hacia la actividad sexual de este grupo de edad en particular. Para ser más eficaz a la hora de ayudar

al individuo a tratar de estos asuntos, necesitará un conocimiento base adecuado. Según Woods (1979), este conocimiento debería comprender los aspectos anatómico, fisiológico y sociológico de la sexualidad humana. El enfermero debería comprender también en qué medida afecta el climaterio al ciclo de respuesta sexual tanto en hombre como en mujeres y en qué difiere la menopausia de la andropausia.

Adaptarse a cambios en el ciclo de respuesta sexual

A muchos hombres y mujeres les preocupan los cambios que se advierten en el ciclo de respuesta sexual. Por ejemplo, a un hombre podría preocuparle la disminución de la frecuencia de la erección, en la fuerza de la eyaculación, en el volumen y viscosidad del semen y en el deseo sexual. Estos cambios también los aprecia la mujer y suponen para ella una gran preocupación para el varón que ha alcanzado un sentido de la masculinidad y autoestima gracias a su habilidad sexual. El DUE debe enfatizar que los cambios son normales, para aliviar la inquietud del paciente y el miedo al fracaso que puedan dar lugar a impotencia. Sin embargo, una vez que estos temores e inquietudes desaparezcan, el funcionamiento sexual de la persona será el normal para su edad.

La mujer menopáusica normalmente advierte que a veces experimenta dolor en la penetración durante el acto sexual. Y el hombre nota, por lo general, que la penetración es más difícil. Una vez que la pareja comprende por qué requiere más tiempo la lubricación vaginal de la mujer que ha pasado la edad de la menopausia y la necesidad de caricias estimulantes, generalmente se resuelve el problema. Se debería informar a las mujeres mayores de que los lubricantes solubles en agua pueden aliviar el dolor y las molestias y permitir que continúe la actividad sexual. Sin la intervención del personal de enfermería podrían seguir las condiciones que provocan el dolor, de modo que la mujer pierda el interés por la actividad sexual y la evite siempre que pueda. Este hecho de evitar las relaciones sexuales puede tener un efecto negativo en la relación matrimonial. La forma de expresarse sexualmente que tiene la pareja mayor puede venir más dictada por una actitud estereotipada de familiares y profesionales sanitarios que por sus propios deseos.

El DUE puede ser una ayuda para la mujer que experimente dificultades durante la menopausia. Primero debería hacer saber al paciente los cambios normales que se producen en esta etapa. Facilitando información correcta sobre la menopausia disminuirá muchos de los mitos asociados a ella.

Adaptarse a cambios en la glándula prostática

El aumento de la glándula prostática no es extraña en el hombre maduro. Para Carter (1987), la causa de la hipertrofia prostática benigna (BHP o prostatismo) sigue sin comprenderse del todo. No obstante, los síntomas pueden ser molestos para los hombres y dificultar su actividad sexual. Los síntomas más comunes que se asocian con BHP son dificultad para empezar a orinar, poca cantidad, orina frecuente, nicturia y, en casos graves, incapacidad de orinar. No conseguir vaciar por completo la vejiga puede producir infección. La orina estancada proporciona un buen medio para el desarrollo de bacterias. A veces, el hombre no comprende su estado y se siente demasiado turbado para acudir a un médico a menos que haya obstrucción total. Cuando la obstrucción se agrava, se realiza una prostatectomía.

Para algunos hombres y sus parejas esta intervención puede provocar cierta inquietud. El

hombre cree con frecuencia que se volverá impotente. El personal de enfermería despejará estas ideas asegurándose que, en la mayoría de los casos, volverá a disfrutar de su vida sexual. También podría tratar con el paciente y su compañera de la posibilidad de un orgasmo seco (eyaculación retrógrada), así como la razón de que se produzca y la ausencia de efectos perjudiciales. McCary (1978) afirma que el 80 por 100 de los hombres que han sufrido una prostatectomía experimentarán este tipo de orgasmo. En la eyaculación retrógrada, el semen se descarga en la vejiga en vez de hacerlo en la uretra. Para McCary, esta afección resulta de una contracción de los músculos compresores localizadas justo debajo de la próstata. Estos músculos se relajan normalmente durante la eyaculación, permitiendo el paso del semen a la uretra. Cuando estos músculos se contraen, el semen se ve obligado a entrar en la vejiga (los músculos de la vejiga se relajan, permitiendo el flujo en retroceso de la uretra) y entonces se expulsa junto con la uretra en la primera evacuación que se produce tras la eyaculación. McCary afirma que también la diabetes con su consiguiente neuropatía puede causar una eyaculación retrógrada.

También se puede enseñar al paciente y a su compañera los efectos que tienen los medicamentos en el deseo sexual. Algunos, como tranquilizantes y agentes hipertensivos, disminuirán la libido. McCary (1978, 182) afirma que algunos tranquilizantes pueden inhibir "los centros eyaculatorios" sin afectar la red neural que está implicada en los órganos. Algunos hombres y mujeres dejan de tomar medicamentos contra la hipertensión porque temen la impotencia. El riesgo de sufrir una apoplejía les inquieta más que no tener un satisfactorio funcionamiento sexual. El enfermero que entienda estos factores será más comprensivo y ayudará a los pacientes que tengan problemas con su sexualidad.

Ayudar al paciente a adaptarse a los cambios del ciclo vital

A menudo, el DUE se encuentra con personas maduras que tienen dificultades para hacer frente a los cambios en el ciclo familiar. Algunos de estos problemas incluyen el hacer frente a los hijos adolescentes o que dejen el hogar (conocido como síndrome de nido vacío), adaptarse a una jubilación acompañada de ingresos reducidos, a mantener un matrimonio feliz, a la viudedad o al divorcio, al hecho de convertirse en abuelos y adaptarse a los padres que envejecen. Escapa a este capítulo tratar la función del personal de enfermería en cada una de estas situaciones, pero en general puede ser buen oyente y ayudar a la persona a juzgar la situación y hacer proyectos para cambiar.

Ayudar al paciente a adaptarse a la pérdida del cónyuge

Muchas viudas y viudos necesitan ayuda para hacer frente a la tensión causada por la muerte del cónyuge. Ebersole y Hess (1990) estudiaron las intervenciones en caso de crisis que podían utilizar los enfermeros con las personas que acaban de sufrir esta pérdida. Los DUE se hallan en posición única para ayudar al desconsolado cónyuge, ya que la aflicción disfuncional puede tener efectos negativos, tanto en las viudas como en los viudos. Para Valente y Sellers (1990), "las viudas y viudos mayores que viven solos son especialmente vulnerables al abuso del alcohol y al suicidio". También las enfermedades mentales y físicas alcanzan un índice elevado dentro de este grupo. Farrel (1990) afirma que hay más viudas que viudos debido a que "las mujeres todavía sobreviven a los hombres en proporción de dos a uno". Teniendo presente esta información, el personal de enfermería debería hacer un intento especial por ayudar a la persona que acaba de enviudar para que se enfrente a su aflicción y pueda volver a tener una vida feliz.

Muchos viudas y viudas afrontan el problema de satisfacer sus necesidades sexuales. Aunque algunas personas no presentan objeción a tener relaciones sexuales extramatrimoniales, otras no están dispuestas a ello. El hecho de satisfacer las necesidades sexuales puede llevar a plantearse si la persona vuelve a casarse o no. Con frecuencia, la gente que se halla en este dilema consulta al DUE, que los ayudará escuchando primero y sugiriendo después métodos para mitigar la tensión sexual que sean congruentes con las creencias morales de cada uno. Un método común de aliviar la tensión sexual es la masturbación. Algunas personas maduras creen que es perjudicial para el cuerpo en general y para la mente en particular. Otros creen que es pecaminosa, la cual plantea un problema mayor. Apoyándose en creencias socioculturales y religiosas, el individuo podrá decidir si quiere o no hacer uso de este método para aliviar su tensión. En general, parece que las viudas tienen más dificultad para satisfacer sus necesidades sexuales que las viudas.

Los problemas que acompañan al divorcio son similares a los de la viudedad. La mayor diferencia es que sigue vivo el otro componente de la pareja. Puede que por razones religiosas la persona divorciada experimente conflictos en relación a un nuevo matrimonio. Al igual que la viuda, la divorciada se enfrenta a una escasez de hombres de edad similar tanto para salir con ellos como para volverse a casar. Algunas resuelven el conflicto saliendo con hombres más jóvenes. Otras, incapaces de encontrar al compañero idónea, se aíslan y llevan una vida de salteras que puede ser feliz o desgraciada. Con frecuencia, la gente que afronta los problemas causados por el divorcio consulta al personal de enfermería en busca de ayuda.

Puede que la persona que no se ha casado nunca encuentre deprimente y solitaria esta etapa de la vida por la pérdida de familia y amigos. Algunos temen casarse justo en este momento de la vida por miedo a no adaptarse a una persona del sexo apuesto.

Ejemplo de paciente-abuela. Como ya se dijo anteriormente, el hecho de convertirse en abuelo puede ser motivo de alegría para la persona madura, pero igualmente la puede ser de desesperación. He aquí un ejemplo de cómo esto se convirtió en motivo de desesperación para una pareja madura. Este caso describe el papel que desempeña el personal de enfermería para ayudar a mitigar esta sensación.

La señora X, mujer de cincuenta y tantos años, vivía con su marido y había asumido el cuidado exclusivo de sus cuatro nietos, con edades comprendidas entre uno y cinco años. A esta familia se le asignó una estudiante de enfermería. Los cuatro chicos eran el objeto de la asistencia. Pero varios intentos infructuosos por conseguir que la señora X llevara a los pequeños al hospital para que los vacunaran, lograron desanimar al estudiante de enfermería al igual que sucediera al personal de enfermería del centro de salud que se había interesado por esta familia.

La estudiante y el instructor de enfermería conversaron sobre objetivos para la familia. Primero se decidió que no se habían tenido en cuenta las necesidades de la abuela, puesto que toda la atención se había concentrado en los niños. A consecuencia de esta discusión se concentró la atención en la abuela durante varias visitas a la familia.

Por estas visitas supo la estudiante que la abuela estaba teniendo conflictos acerca del cuidado de las nietas. Además, estaba experimentando las molestias propias de la menopausia y, para complicar más el problema, la abuela se había ofendido por el hecho de que su esposa adoptara la responsabilidad de los nietos, lo cual acabó desembocando en un conflicto matrimonial.

En cada visita y sin recibir presión alguna por parte de la enfermera, la abuela fue revelando su apurada situación. El problema parecía provenir de que cada una de las tres hijas de esta señora se había quedado embarazada antes de casarse, pero todas se habían casado finalmente con los padres de los niños. La abuela afirmaba que los embarazos prematrimoniales de las hijas les habían hecho mucho daño, pero sobre todo decía: "Me sentí culpable porque me consideraba fracasada como madre. Supongo que por eso crió a los niños, para que puedan tener un poca de felicidad". También dijo que das de las hijas estaban otra vez embarazadas y que ella se encargaba de las nietas para que las hijas disfrutaran de los segundos embarazos, ya que las primeras habían sido tan dramáticos.

En la penúltima visita, la abuela agradeció a la enfermera que mostrara una profunda preocupación por sus necesidades. Dijo que sabía que los nietos necesitaban las vacunas para que no deseaba llevarlos al hospital en autobús. Adoptando un tono serio comentó: "Creo que me molesta tener que ser madre a mi edad". Durante estas visitas la estudiante de enfermería asumió el papel de oyente, concentrándose ante toda en los sentimientos y respondiendo sólo a preguntas que fueran relevantes para la situación, pero siempre evitó dar consejos.

En la última visita, la señora manifestó a la estudiante: "He tomado la decisión de dejar que mis hijas se ocupen del cuidado de las niñas y no me sienta culpable por ella". Ambas hablaron sobre los sentimientos que acompañaban su decisión y descubrió que la abuela estaba muy aliviada. Dijo también que su marido se alegraba de la decisión y que ahora podrían planificar sus vidas y ser felices.

Lamentablemente no fue posible hacer un seguimiento del caso porque acababa el semestre. Sin embargo, este ejemplo sirve para subrayar varios puntos importantes para la enfermería:

1. Es importante tomar en consideración las necesidades de la gente. En este caso, la anterior enfermera había fracasado en relación a las necesidades de la abuela.
2. Es importante escuchar.
3. El hecho de ser abuelas, si no se asume de forma adecuada, puede impedir que la persona madura se ocupe de las tareas evolutivas.
4. El cuidado asistencial puede ser eficaz para resolver el trauma emocional que resulta del fracaso en las tareas evolutivas.

INTERVENCIONES DE LA ENFERMERÍA EN LA VEJEZ

Las tareas evolutivas de la vejez son similares a las del final de la madurez pero difieren en grado. Sabiendo que las cambios fisiológicas y psicológicas se acentúan e incapacitan más en este período, el DUE debería estar preparada para ayudar a las pacientes y a sus familias a adaptarse a ellas y hacerles frente. Al igual que sucedía al final de la madurez, se recomienda al enfermera que comprenda las tareas evolutivas de la vejez. Los profesionales que no posean este conocimiento tienden a ser menos eficaces en sus intervenciones. Es sumamente importante que valoren su propia actitud hacia esta etapa porque será difícil intervenir de forma positiva si se tiene una actitud negativa y desesperanzada. Esto es muy importante

porque el personal de enfermería cuidará cada vez más de pacientes que se encuentran en esta banda de edad, tanto dentro como fuera del hospital.

Durante este período, la persona experimenta por la general una disminución en la fuerza física y en la salud. Según Walker (1991), el personal de enfermería debería incluir en todos los planes de asistencia a los ancianos intervenciones orientadas hacia la salud y la educación sanitaria de este colectivo en una diversidad de situaciones. La promoción de la salud y la educación sanitaria son dos factores importantes que tienden a impedir que el mayor tenga enfermedades comunes durante esta etapa de crecimiento y desarrollo. El hecho de mantener a esta persona lo más sana posible impide que se produzcan hospitalizaciones innecesarias, dependencia de otros y problemas económicos. Phipps y Kelly-Hays (1991) afirman que “los ancianos utilizan con más frecuencia los hospitales para estancias breves y para períodos más largos que ningún otro grupo de población”. Para el anciano es más difícil hacer frente a las hospitalizaciones y las enfermedades graves. Son mucho más propensos a desarrollar complicaciones, muchas de las cuales pueden poner en peligro su vida.

El personal de enfermería también debe interesarse por los aspectos económicos de la vejez. Brock (1991) estudió la “economía de la vejez” desde una perspectiva pertinente y práctica. Afirma que con la tecnología moderna ahora más cantidad de personas viven más tiempo, especialmente aquellos que superan las 75 años de edad. Muchos de las que integran este grupo tienen la desventaja de padecer más enfermedades, ser más pobres y también más dependientes de los demás que quienes se sitúan entre los 55 y 75. Las personas de 85 a más años son el grupo de más rápido crecimiento dentro de quienes han superado la barrera de los (~5. A excepción de los ancianos ricos, otras muchas viven de unas ingresos fijos y reducidas que no siguen el ritmo de la inflación. De ahí que muchas mayores se encuentren en el umbral de la pobreza o incluso lo hayan superado. Estar en esta situación predispone al paciente a recibir una asistencia sanitaria inadecuada, tener una vivienda pobre y una dieta insuficiente. Y sucede a menudo que los ancianos pobres, sobre todo las minarías, no son conscientes de los recursos que se encuentran a su disposición. Teniendo presente esta información, la principal intervención del personal de enfermería es hacer primero una valoración completa del paciente y de su entorno, y, en segundo lugar, informarle a él y a la familia de los recursos económicos que se encuentran a su disposición. Tras haber introducido a los ancianos en esos recursos, el DUE se debería ofrecer para ayudarles en su utilización. Deberá recordar también que algunas pobres se niegan a aceptar cualquier tipo de ayuda porque no quieren ser dependientes.

A la vejez acompaña también un drástico cambio de funciones, en especial para las que han superado las 75 años. Este cambio puede causar ansiedad y depresión. La mayoría de las personas ha estado acostumbrada a encargarse de su propia vida, pero ahora, debida a cambios que escapan a su control, se ve obligada a depender de las demás. Por lo general, el DUE está en una posición estratégica para ayudarles a adaptarse a estas nuevas funciones. Sin ayuda estos individuos se aislarán, deprimirán y, con frecuencia, podrán llegar al suicidio.

Carp (1991) afirma que la casa y el vecindario donde viva el anciano son necesarias para su bienestar, al ser dentro del hogar y del entorno donde cubren los adultos las necesidades básicas de la vida diaria. Afirma, además, que las personas mayores normalmente “viven en casas y apartamentos corrientes dentro de la comunidad” (186) y poseen sus propias casas. También lo hacen en una diversidad de viviendas de renta baja como apartamentos, residencias e instituciones.

Algunas de las casas donde viven no son seguras. Dependiendo de su salud, pudiera ser que al anciano ya no le fuese posible cuidar de si misma ni del hogar. En ocasiones tienen que vivir con amigos o parientes o incluso ser llevados a instituciones. A medida que aumenta la edad de la persona, lo hace también la necesidad de internarse en una institución. Es importante mantenerla en el hogar todo el tiempo posible, pero no hasta el punto de poner en peligro su vida. El personal de enfermería, junto con otros componentes del equipo sanitario, puede ser un instrumento eficaz para encontrar al anciano que ya no puede vivir solo un lugar apropiado donde residir.

Según se desprende de este breve estudio sobre las intervenciones de la enfermería en las personas mayores, es obvio que el DUE debe estar muy informado de las tareas evolutivas y de los cambios que se producen dentro de este colectivo. Los enfermeros ocupan un lugar clave para ayudarle a llevar una vida lo más feliz y productiva posible, haciendo una identificación precoz de problemas potenciales y planificando su prevención.

En resumen, el hecho de proporcionar cuidado asistencial a los ancianos puede ser una tarea emocionante y gratificante para el enfermero siempre que valore su propia actitud hacia la vejez, sea consciente de sus fuerzas y limitaciones para atender a estas personas y las ayudas a valorar sus propias fuerzas y limitaciones durante esta fase del ciclo vital.

RESUMEN

En este capítulo se han estudiado las tareas evolutivas para el final de la madurez y la vejez tal como las proponen Erikson, Peck, Havighurst y Freud. Y de estos teóricos es Havighurst quien presenta la visión más completa. Es importante que el personal de enfermería considere tanto los cambios físicos como psicológicos y la medida en que afectan a los pacientes a lo largo de estas dos últimas etapas de desarrollo.

Una revisión de los estudios publicados en relación a este tema ha revelado la necesidad de una mayor investigación sobre las tareas evolutivas de personas solteras que se encuentran al final de la madurez y de la vejez. En resumen, el personal de enfermería debería esforzarse por comprender las necesidades y el comportamiento actual de sus pacientes mayores, por lo que se refiere a las tareas evolutivas y al ciclo de vida familiar.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Describir las perspectivas teóricas sobre el final de la madurez.
2. Describir las perspectivas teóricas sobre la vejez.
3. Identificar las tareas evolutivas del final de la madurez.
4. Identificar las tareas evolutivas de la vejez.
5. Describir los cambios fisiológicos y psicológicos más frecuentes que afectan al proceso evolutivo.

6. Enumerar los síntomas relacionados con la menopausia y la andropausia.
7. Comparar el ciclo de respuesta sexual de la persona joven con la mayor.
8. Enumerar las intervenciones de la enfermería que ayuden al anciano a adaptarse a los cambios propios del envejecimiento.
9. Describir en que medida puede afectar la actitud del enfermo en la forma de afrontar las tareas evolutivas de esta etapa.
10. Enumerar las intervenciones de la enfermería que puedan aplicarse a los individuos que tengan que adaptarse al hecho de vivir solos.

REFERENCIAS

- 📖 Ambron, S. R. and D. Brodzinsky. 1979. *Lifespan Human Development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- 📖 Brock, A. M. 1991. Economics of aging. In *Perspectives on Gerontological Nursing*, edited by E. M. Baines. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- 📖 Camago, L. C. 1987. Female reproductive problems. In: *Medical-Surgical Nursing*, 2d ed., edited by S. M. Lewis and I. C. Collier. New York: McGraw-Hill.
- 📖 Carp, E. M. 1991. Living environments of older adults. In *Perspectives on Gerontological Nursing*, edited by E. M. Baines. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- 📖 Carter, M. A. 1987. Male reproductive problems. In *Medical-Surgical Nursing*, 2d ed., edited by S. M. Lewis and I. C. Collier. New York: McGraw-Hill.
- 📖 Craig, C. J. 1976. *Human Development*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Ebersole, E and E Hess. 1990. *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response*, 3d ed. St. Louis: C. V. Mosby.
- 📖 Erikson, E. 1963. *Childhood and Society*. New York: Norton.
- 📖 Erikson, E. 1968. Generativity vs. stagnation. In *Middle Age and Aging*, edited by B. L. Neugarten. Chicago: The University of Chicago Press.
- 📖 Farrel, J. 1990. *Nursing Care of the Older Person*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- 📖 Fogel, C. I. and D. Lauver. 1990. *Sexual Health Promotion*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- 📖 Havighurst, R. J. 1974. *Development Tasks and Education*, 3d ed. New York: David McKay.
- 📖 Hayter, J. 1974. Biologic changes of aging. *Nursing Forum* 8 (3): 289-307.
- 📖 Kaluger, G. and M. E. Kaluger. 1979. *Human Development: The Span of Life*. St. Louis: C. V. Mosby.
- 📖 Masters, W. and V. Johnson. 1968. Human sexual response: The aging female and the aging male. In *Middle Age and Aging*, edited by B. Neugarten. Chicago: The University of Chicago Press.
- 📖 McCary, J. L. 1978. *McCary's Human Sexuality*, 3d ed. New York: Nostrand.
- Murray, R. B. and J. E. Zentner. 1993. *Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span*, 3rd ed. East Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- 📖 Murray, R. B. and J. E. Zentner. 1989. *Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span*, 4th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- 📖 Neugarten, B. L. and R. J. Havighurst. 1979. Aging and the future. In *Dimensions of Aging*:

- 📖 Readings, edited by J. Hendricks and C.D. Hendricks. Cambridge, MA: Winthrop.
- Peck, R. 1968. Psychological developments in the second half of life. In *Middle Age and Aging*, edited by B. L. Neugarten. Chicago: The University of Chicago Press.
- Pengelzey, E. T. 1974. *Sex and Human Life*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- 📖 Phipps, M. A. and Kelly-Hayes. 1991. Rehabilitation of older adults. *Perspectives on Gerontological Nursing*, edited by F.M. Baines. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- 📖 Rogers, D. 1979. *The Adult Years: An Introduction to Aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 📖 Spence, A. P. 1989. *Biology of Human Aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 📖 Stenchener, M. A. 1991. Hormone replacement. In *Caring for the Older Woman*, edited by M. A. Stenchener and G. A. Agars. New York: Elsevier.
- 📖 Stevens-Long, I. 1979. *Adult Life: Development Processes*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- 📖 Strauss, D. 1978. The climacterium and the crisis of middle age. In *Understanding Human Behavior in Health and Illness*, edited by R. L. Simmons and H. Pardes. Baltimore: Williams and Wilkins.
- 📖 Sutterly, D. C. and G. E. Donnelly. 1973. *Perspectives in Human Development: Nursing Throughout the Life Cycle*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- 📖 Valente, S. M. and I. R. Sellers. 1990. Effective coping. In *Nursing Care in an Aging Society*, edited by D. M. Corr and C. A. Corr. New York: Springer Publishing Co.
- 📖 Vander Zanden, J. W. 1978. *Human Development*. New York: Knopf.
- 📖 Walker, S. N. 1991. Wellness and aging. In *Perspectives on Gerontological Nursing*, edited by E. M. Baines. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- 📖 Weg, R. B. Demography. 1987. In *Menopause: Physiology and Pharmacology*, edited by D. R. Mishell. Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc.
- 📖 Weidinger, P. A. 1976. *Menstruation and Menopause: The Physiology and Psychology, the Myth and the Reality*. New York: Knopf.
- 📖 Woods, N. F. 1979. *Human Sexuality: In Health and Illness*, 2d ed. St. Louis: C. V. Mosby.