

## DEPENDENCIA Y EDADISMO. IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO

Carmen Bárcena Calvo / José Antonio Iglesias Guerra / M<sup>a</sup> Isabel Galán Andrés / Víctor Abella García

### RESUMEN:

La discriminación por edad supone una percepción negativa de las personas mayores, normalmente por parte del resto de grupos etarios, pero también por el propio grupo de "mayores". Esta percepción negativa incluye ideas como enfermedad, dependencia, deterioro, etc., y sin embargo, la mayoría de las veces no se corresponde con la realidad. El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo, pero ésta es una discriminación que afecta al total de la población (no así el sexismo o el racismo), ya que es una única condición evolutiva común.

Las diferentes culturas generan, y tratan de legitimar, determinadas imágenes sobre las personas, que no son más que artilugios culturalmente contruidos que se interiorizan como modelos estables. Se pretende reflejar la existencia de una forma de prejuicio o discriminación, que surge a partir de influencias culturales y que forma parte del sistema de creencias tanto de los profesionales como de las personas mayores y sus familias. Las maneras de actuar de algunos profesionales pueden estar indicando la presencia de sesgos edadistas implícitos que pueden pasar desapercibidos para ellos mismos. Esta forma de pensar puede afectar al diseño, implantación y resultados de las intervenciones dado que puede infravalorar las capacidades de las personas mayores. Por lo tanto, se trata de poner de manifiesto la necesidad de fomentar actuaciones dirigidas a reducir la presencia del edadismo, fundamentales para promover mejores niveles de bienestar en el grupo de población de las personas mayores.

### PALÁBRAS CLAVE:

Edadismo  
Dependencia  
Prestación de cuidados

### ABSTRACT:

Age discrimination is a negative perception of older people, usually by the rest of age groups, but also by their own group. This negative perception includes ideas such as illness, dependency, deterioration, and so on. However, this perception does not correspond with reality in most cases. Ageism has been identified as the third major way of discrimination in our society, after racism and sexism, but this discrimination affects the entire population (not as sexism or racism), since it is a unique evolutionary common condition.

Different cultures generate, and try to legitimize, some images describing people, which are just devices culturally constructed and internalized as stable models. It is intended to reflect the existence of a form of prejudice or discrimination. This negative form arises from cultural influences and is part of the belief system of both the professionals and the old people and their families. The ways of working of some professionals may be indicating the presence of implicit ageism that can be unnoticed for themselves. This way of thinking, which may underestimate the capabilities of older people, can affect the design, implementation and outcome of interventions. Therefore, that is stressing the need to promote actions to reduce the presence of ageism, key actions to provide better standards of welfare among the elderly population.

### KEY WORDS:

Ageism  
Dependency  
Provision of care

## INTRODUCCIÓN

Con independencia del peso que tiene la edad cronológica y su justificación, es evidente que en la definición de la edad entra la subjetividad, no sólo a nivel individual sino colectivo.

La edad atribuida sería aquella que se nos asigna, bien sea de manera general o específica. Tiene como referencia la edad cronológica y características específicas que definen a las distintas edades: 10, 20, 30, 50, 70, 80 años, así como categorías de niñez, adolescencia, juventud, madurez, vejez. Es evidente que veinteañero y cuarentón no representan lo mismo y que, además de cualidades físicas, incluimos otro tipo de atributos. A pesar de que existen contenidos culturales propios de cada etapa vital, éstos cambian. Así existe una interrelación entre los cambios que acontecen y que reformulan los contenidos asignados a las etapas clasificatorias del ciclo de vida, infancia, adolescencia, juventud, edad adulta, vejez, y los sentimientos que experimentamos a la hora de situarnos en nuestro tiempo vital. Las definiciones van a tener mucho que ver con la manera cómo las demás personas nos perciben y dónde nos sitúan.

La edad sentida parte de la propia realidad subjetiva tanto de las mujeres como de los hombres. Se configura a partir de cualidades personales y de carácter que manifiestan grados de autoestima, salud, capacidad para adaptarse a los cambios, habilidades sociales así como aspectos relacionados con las características del entorno social y afectivo. Para conocer la edad sentida, más que la edad cronológica, el punto de partida es la definición que la persona hace de sí misma, de lo que quiere hacer, de aquello a que aspira, de las cosas que ha hecho y quiere seguir haciendo, de aquellas que desconoce y le gustaría descubrir. En lo posible, hay que dejar de lado la típica frase “a mi edad ya no puedo hacer esto o debo hacer ya otra cosa” como posible impedimento para el cambio o para vivir con más armonía una época de la vida. No hay que olvidar que también esas mismas frases tienen su importancia como discurso que habla de barreras.

Por lo tanto, en las vivencias tanto de la edad atribuida como de la edad sentida influyen las percepciones sociales de la vejez.

### Percepciones sociales de la vejez

Las culturas generan e intentan legitimar, como hemos señalado anteriormente, determinadas imágenes sobre las personas, que no son más que constructos que se interiorizan como modelos estables, o incluso como estereotipos, a pesar de la fluidez y complejidad que caracteriza la vida de los seres humanos. Con la edad se produce el llamado fenómeno de la invisibilidad (1). En este sentido decía Goethe que la vejez es el proceso de desaparecer gradualmente de la vista. Este fenómeno implica el progresivo desinterés que la gente más joven va sintiendo por lo que puede aportar y significar la persona adulta que envejece, cualquiera que sea la situación en que se encuentre.

*La discriminación por edad* supone, por parte de la población joven, una percepción negativa de las personas, a medida que

se hacen mayores o simplemente lo parecen. Percepción negativa que incluye ideas como pérdida, enfermedad, dependencia, deterioro, etc. y que la mayoría de las veces no se corresponde con la realidad de muchas personas, que viven con autonomía, independencia, salud y energía hasta edades muy avanzadas. Esta es una discriminación que afecta a todas las personas (no así el sexismo o el racismo), porque es la única condición evolutiva que todas las personas debemos vivir. Las ideas negativas se muestran en el uso peyorativo del lenguaje asociado al hecho de envejecer. La imagen social que se tiene acerca de las personas mayores está llena de tópicos que reducen el posible margen de acción y libertad de éstas.

En 1969 Butler definió el término “*edadismo*” (*ageism*) refiriéndose a los estereotipos sistemáticos y discriminatorios contra las personas por el simple hecho de ser mayores y que se reflejan en conductas como el desdén, el desagrado, el insulto o, simplemente, evitando la cercanía y el contacto físico (2). Los estereotipos negativos acerca de la vejez en las sociedades occidentales afectan de manera especial a las mujeres. Éstas son percibidas como mayores antes que los hombres, siendo invisibles mucho antes que ellos (3). Además, las mujeres mayores suelen ser evaluadas de manera más negativa que los hombres de su misma edad, especialmente en lo que a la apariencia física se refiere. Son percibidas como receptoras de ayuda, de cuidados (por su dependencia y fragilidad) y necesitadas de apoyo económico y no como cuidadoras de otras personas y donantes de su tiempo, energía, conocimientos, apoyo afectivo, material y económico a la familia y a la sociedad, como de hecho son en numerosas ocasiones. Además, los términos que se usan para definir a las mujeres mayores tienen una historia mucho más antigua de connotaciones negativas que las que se refieren a los hombres.

El doble estándar del envejecimiento, definido hace ya muchos años por Susan Sontag, lleva a considerar que *‘mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen’*, indicando que, para las mujeres, envejecer supone un estrechamiento en los límites de sus posibilidades de estar y situarse libremente en el mundo, de ser consideradas atractivas y sexualmente elegibles, mientras que para los hombres el diseño patriarcal incluye un mayor margen de tolerancia en cuanto a la edad, la belleza y la posibilidad de encontrar una pareja afectiva y sexual. Además, algunas poblaciones que en la vida cotidiana viven situaciones de extrema estigmatización (lesbianas, pobres, discapacitadas, trabajadoras sexuales, etc.), sufren mayor discriminación cuando envejecen. Muy pocos estudios se plantean la vinculación entre estas dos situaciones: ser mayor y pertenecer a alguno de estos colectivos estigmatizados (4), por lo que consideramos de gran interés el trabajo que presentamos en el que tratamos de conocer cómo mujeres pertenecientes a un colectivo altamente estigmatizado, como son las trabajadoras y ex - trabajadoras sexuales, se sitúan en la mediana edad.

El edadismo, por lo tanto, hace referencia al mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una persona, únicamente por el hecho de ser mayor (2). También se habla de un edadismo positivo que, aunque menos común, se plantea como no dañino para las personas mayores (5).

El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo (6). Este tipo de actitudes está presente en la sociedad occidental actual, probablemente incluso en mayor medida que el sexismo y el racismo, aunque es mucho más difícil de detectar, y pueden ser mantenidas incluso en mayor medida por las propias personas mayores, aunque hay estudios que indican lo contrario (7). Por lo tanto, son necesarios esfuerzos tanto por parte de investigadores como de profesionales de los servicios implicados en la atención a este colectivo para afrontar las consecuencias que el mantenimiento de este tipo de actitudes plantea, a las personas mayores en particular y a la sociedad en conjunto. Algunas asociaciones, como por ejemplo la Asociación Americana de Psicología, ya han incluido, como parte de su política de actuación, la importancia de intervenir sobre las actitudes edadistas de los profesionales que la componen.

Los sesgos edadistas favorecen una descripción de las personas mayores basada fundamentalmente en rasgos negativos, por lo que puede fomentar la realización de prácticas profesionales discriminatorias (5). Por lo tanto, toda acción dirigida a reducir su impacto ha de considerar ambos componentes si pretende ser eficaz.

Por otra parte, los sesgos de este tipo tienden a afianzarse con el uso de términos como el de la “dependencia”, ya que parece remitir a una circunstancia especial según la cual un ser humano necesita de otros para realizar las actividades cotidianas, bien por incapacidad transitoria o definitiva, originada por enfermedad, accidente o edad. Se ha de afirmar también que la realidad de la dependencia constituye un aspecto constitutivo de la vida humana. No se trata de que podamos necesitar en alguna ocasión las atenciones de los otros para vivir, sino de que, más bien, la naturaleza humana es esencialmente dependiente. El niño en el seno materno, tras nacer y durante años, es un ser que depende de otros para crecer, madurar, ser persona. Pero no sólo el niño, cualquier ser humano a lo largo de toda su vida, aunque pretenda vivir de forma independiente y autónoma, su ser moral, su personalidad, requiere la presencia de otros para desarrollarse, para alcanzar su plenitud. La dependencia también remite a la necesidad de la relación con otros para ser persona, para alcanzar determinadas virtudes, para tomar importantes decisiones. A ello se añade que, efectivamente, nadie está libre de llegar a ser una persona dependiente en sentido físico (y no sólo en sentido moral

o psicológico). Los accidentes son imprevisibles, inesperados y azarosos. Las enfermedades son sobrevenidas. Cualquier persona, niño, joven, adulto, maduro, anciano, puede pasar en breve tiempo de una “vida independiente”, tranquila, cómoda y ágil, a una situación de postración, dependencia, enfermedad, dolor, hospitalización, inmovilidad, perturbación mental, crisis espiritual, accidente laboral, accidente de tráfico, muerte repentina, etc.

Son tan variables y flexibles el cuerpo y la psique humanos, son tan débiles y propensos al desequilibrio, que no es del todo desacertado afirmar como postulado antropológico la constitutiva fragilidad de la persona. “Ser hombre” no sólo implica “ser mortal”, como la cultura greco-romana en diversos contextos literarios y bélicos acentuó, sino que sobre todo implica “ser frágil”. Hasta el punto es así que podemos pensar que no se trata de que seamos mortales por ser frágiles, sino, más bien, somos frágiles además de mortales. Es posible imaginar simultáneamente a alguien que muere en la plenitud de la vida y del vigor físico y a personas especialmente débiles y enfermizas que viven durante muchísimos años.

Esteriotipos sobre las personas mayores, la edad adulta y el proceso de envejecimiento.

A pesar del hecho de que es en el grupo de las personas mayores en el que se encuentran los más altos porcentajes de discapacidad y de dependencia (8), y de que es en esta etapa de la vida en la que se produce un mayor número de pérdidas y dificultades que afectan tanto a la salud de las personas mayores como a la red social de apoyo, la realidad es que la mayoría de las personas mayores envejecen de forma satisfactoria. Sin embargo, este hecho contrasta con el contenido de los estereotipos ampliamente difundidos en la sociedad sobre las personas mayores y el envejecimiento. Estos estereotipos hacia las personas mayores se encuentran tanto en grupos de población jóvenes como en grupos de población de personas mayores.

En la siguiente tabla se señalan algunos de los estereotipos más habitualmente destacados en la literatura, señalándose en la columna de la derecha los hechos reales que ocurren en la vejez.

Tabla 1. Algunos mitos y realidades sobre la vejez

Mitos	Realidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Son todas muy parecidas</li> <li>-Están enfermas, son frágiles y dependen de otras personas.</li> <li>-Están socialmente aisladas.</li> <li>-La mayoría tienen algún grado de deterioro cognitivo.</li> <li>-Están deprimidas</li> <li>-Se vuelven difíciles de tratar y son más rígidas.</li> <li>-Raramente se enfrentan a los declives inevitables asociados con el envejecimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Son un grupo de población muy diverso (muchas diferencias inter-individuales)</li> <li>-La mayoría de las personas mayores mantienen un contacto cercano con familiares</li> <li>-La mayoría de los mayores viven de forma independiente.</li> <li>-En general, si hay algún declive en habilidades intelectuales, no es suficientemente severo como para causar problemas en las actividades diarias.</li> <li>-Las personas mayores que viven en la comunidad tienen menores porcentajes de depresión diagnosticable que otros grupos de edad.</li> <li>-La personalidad se mantiene relativamente consistente a lo largo del ciclo vital.</li> <li>-La mayoría de las personas mayores se ajustan con éxito a los desafíos vitales.</li> </ul>

La realidad es que, a pesar de lo ampliamente difundidas que están estas afirmaciones, éstas no se ven confirmadas por la investigación. Así, por ejemplo, en el trabajo realizado por Fernández-Ballesteros y otros (9) se ha constatado que, aunque la literatura especializada señala que en la mayoría de los casos el estado de salud no se deteriora brusca y dramáticamente en ningún punto del ciclo vital, aproximadamente las tres cuartas partes de la población considera que “la mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, momento en el que se produce un fuerte deterioro de su salud”. En el mismo sentido, de forma contraria a la idea muy extendida de la no realización de operaciones quirúrgicas con personas mayores, un estudio realizado por la Fundación Mayo, en el que se comparó a personas mayores de 100 años que fueron sometidas a algún tipo de operación con otros grupos de personas igualadas en género y edad, señala que no está justificado el no realizar operaciones quirúrgicas a personas mayores de 100 años por el riesgo percibido asociado a su edad avanzada. Fernández-Ballesteros (9) señala igualmente resultados contradictorios entre las creencias edadistas y la realidad en relación a las habilidades funcionales de las personas mayores. Mientras que la mayoría de la población mayor de 65 años no necesita ayuda para realizar actividades de la vida diaria, dos tercios de la población refiere que “la mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les obligan a depender de los demás”.

Algo similar ocurre cuando se habla de la relación entre la vida laboral y ser mayor. Debido a la extendida creencia de que la “típica” persona mayor está limitada debido a problemas físicos o mentales, una gran parte de la población concluye que las personas mayores no están en una disposición adecuada para trabajar y que aquellos que lo hacen, lo hacen de una forma poco productiva. Sin embargo, las personas mayores trabajadoras han demostrado que realizan su labor tan bien o mejor que otros grupos de edad en la mayoría de las tareas.

Otro mito muy común sobre las personas mayores hace referencia a que tienen sus costumbres profundamente arraigadas y no pueden aprender nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento. Sin embargo, se han encontrado resultados contrarios a este estereotipo, al estudiar el grado en el que las personas mayores utilizan las nuevas tecnologías para obtener información sobre la salud, en comparación con otros grupos de edad. En efecto, si se facilita el acceso a la información, las personas mayores acceden a la información sobre la salud a través de medios informáticos y telefónicos en la misma medida que personas de mediana edad y jóvenes y en mayor medida cuando la información se obtiene a través de libros.

Opiniones edadistas como las anteriores son fruto del desconocimiento sobre quiénes son las personas mayores, y afectan incluso a grupos de población con elevados niveles de formación (10). Así, por ejemplo, recientemente se ha puesto de manifiesto que la dificultad para reclutar a psicólogos especialistas en vejez se debe a la presencia de actitudes edadistas en los profesionales en formación, quienes señalan que, a pesar de los avances científicos recientes, se pueden ofrecer menos soluciones terapéuticas a las personas mayores que a otros grupos de edad.

## ¿Cuáles son las consecuencias del edadismo?

### Para las personas mayores

Las personas mayores tienden a adoptar la imagen negativa dominante en la sociedad y a comportarse de acuerdo con esta imagen, que define lo que una persona mayor debe o no debe hacer. La infravaloración de las capacidades físicas y mentales de las personas mayores puede favorecer una prematura pérdida de independencia, una mayor discapacidad, mayores índices de depresión y una mortalidad anticipada en personas que, en otras condiciones, mantendrían una vida productiva, satisfactoria y saludable. El principio que describe ésta situación ha sido denominado “la profecía que se autocumple”, habiendo sido apoyado empíricamente por estudios realizados con cuidadores informales de personas dependientes (11), y actualmente es considerado como uno de los principales mecanismos a través de los cuáles se produce el exceso de incapacidad. La importancia de la percepción que tienen las personas sobre el envejecimiento ha sido recientemente demostrada en un trabajo de investigación en el que se pone de manifiesto que las personas con percepción positiva del envejecimiento viven hasta 7,5 años más que las personas que no tienen una imagen positiva del envejecimiento, y estas diferencias se mantienen incluso cuando se controlan variables como la salud funcional, el nivel socio-económico y el aislamiento.

La relación entre las ideas edadistas (mantenidas tanto por las propias personas mayores como por, como se verá más adelante, los profesionales de la salud) y problemas como por ejemplo, el dolor crónico o el exceso de incapacidad, y los efectos que tienen sobre el infra-diagnóstico de la depresión o de la ansiedad en la edad adulta (confundidos con el “envejecimiento normal” o síntomas físicos), ha sido ampliamente destacada en la literatura especializada.

El estudio de la influencia del edadismo sobre las personas mayores, realizado fundamentalmente en el contexto laboral, muestra que el edadismo provoca la emisión de discursos edadistas, la expresión de actitudes edadistas y la realización de prácticas discriminatorias basadas en la edad, habiéndose relacionado estos comportamientos con una reducción del sentimiento de autoeficacia, una disminución del rendimiento y con el estrés cardiovascular. Además, el edadismo también se ha relacionado con el maltrato a las personas mayores, contribuyendo en gran medida al mantenimiento de actitudes y creencias edadistas.

### Para los profesionales de la salud

Una de las consecuencias fundamentales del mantenimiento de actitudes edadistas hace referencia a la utilización de pautas terapéuticas distintas en función del grupo de edad al que se pertenezca, aun no estando justificados tales acercamientos diferenciales. Así, por ejemplo, se ha encontrado que se recetan menos a las personas mayores determinados tipos de medicamentos para problemas cardiovasculares, aun existiendo una mayor prevalencia e incidencia de trastornos cardiovasculares, de la misma forma que se encuentran diferencias no justificadas en el

procedimiento de intervención en tumores. Este mismo patrón de resultados se encuentra al analizar la literatura referente a los ensayos clínicos con personas mayores: este grupo de población está Infra-representado en éstos, con las consecuencias que tiene para el desarrollo y planificación de intervenciones específicas para este grupo de edad.

En cuanto a la salud mental, el mantenimiento de actitudes edadistas contribuye en gran medida a la limitada atención que se proporciona a las personas mayores con problemas psicológicos. Así, en un estudio reciente realizado en Suecia, se encontró que del 100% de personas mayores que cumplían los criterios para algún diagnóstico psiquiátrico, únicamente el 49% estaba diagnosticado. Además, únicamente entre un 17-38% recibía tratamiento específico para tales problemas. Estos resultados parecen estar reflejando la existencia de prejuicios sobre problemas en las personas mayores que afectan al grado en el que los profesionales de la salud realizan diagnósticos certeros de los problemas que los mayores padecen. La creencia de que la depresión y la tristeza son parte normal del envejecimiento puede dificultar o imposibilitar que la persona reciba un diagnóstico de depresión y que se beneficie, por lo tanto, de una intervención. Cuando se realizan diagnósticos, las personas mayores reciben con mayor frecuencia un diagnóstico de tipo orgánico, como la demencia, o a recibir tratamientos distintos (preferencia por tratamientos farmacológicos, por ejemplo) a los que se proporcionaría si la persona fuese más joven (10). Dado que los profesionales de la medicina optan con mayor frecuencia por recetar medicamentos como procedimiento para tratar los trastornos mentales de las personas mayores, las derivaciones a profesionales de la salud mental son menos frecuentes para las personas mayores que para las personas jóvenes. Probablemente esto sea debido a la creencia de que las personas mayores no pueden aprender cosas nuevas. Los profesionales de la salud pueden tener una menor disposición a proponer a las personas mayores para intervenciones cuya eficacia ha sido contrastada en personas jóvenes y de mediana edad, a pesar de que existen multitud de trabajos en los que se refleja que la intervención es también efectiva con este grupo de población. Esta situación puede deberse, más que a la influencia del edadismo en el ejercicio profesional, a una insuficiente colaboración interdisciplinaria entre médicos y psicólogos que impide mejorar el acceso de las personas mayores a los recursos de salud mental.

Por último, las actitudes edadistas influyen también en la forma en la que se trata a las personas mayores en las instituciones tanto públicas como privadas, responsables de la atención a este colectivo. Así, por ejemplo, si se examinan las pautas de comunicación que se utilizan en las residencias o en los centros para mayores, se observa que fracasan a la hora de favorecer las necesidades de afiliación y apoyo social de los usuarios, siendo muy común la utilización de la denominada “habla patrón” o “hablar como a los niños” por parte de los profesionales. Hablar a las personas mayores como si fueran niños o tratarles de una forma paternalista puede, además de afectar adversamente a los procesos de evaluación y de intervención, favorecer de una manera evidentemente inconsciente el refuerzo de comportamientos o actitudes dependientes y fomentar el aislamiento y/o la depresión

en las personas, contribuyendo a la común espiral de declive en el estado físico, cognitivo y funcional de las personas mayores que viven en residencias.

### ¿Cómo actuar para reducir el edadismo?

Para reducir el edadismo se tienen que producir cambios en los sistemas que lo perpetúan, tales como los medios de comunicación, la cultura popular, instituciones, gobierno, etc. Para ello, resulta necesario realizar políticas de intervención que incluyan el diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a reducir el impacto de las ideas y actitudes edadistas insertadas en la sociedad, a través de programas coordinados de investigación e intervención dirigidos a estos fines. Sin duda alguna, el acercamiento ha de ser planificado tanto desde un enfoque de investigación aplicada como desde un enfoque de intervención.

De acuerdo con lo anterior, y como parte coordinada de los planes de actuación que se establezcan, los profesionales tienen que revisar su percepción y actitudes hacia las personas mayores, de tal forma que puedan ser desafiadas y prevenidas las consecuencias de tales actitudes sobre los procesos de evaluación e intervención en este grupo de edad. Para ello, será necesario aumentar la formación y la educación de los profesionales (médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que atienden en el presente o que atenderán en el futuro a las personas mayores, dado que se ha señalado que una de las razones por las que, por ejemplo, no se da una adecuada respuesta a la problemática emocional de las personas mayores, es debido a la insuficiente formación en salud mental de los médicos de atención primaria, quienes consideran que la depresión es una parte “entendible” del envejecimiento normal. Si tanto los médicos como las personas mayores, frecuentemente, no reconocen los signos relativos a la enfermedad mental, las personas mayores no están en disposición de recibir tratamientos que alivien sus síntomas. Estos problemas pueden resolverse maximizando las oportunidades de formación a través de experiencias de contacto real con las personas mayores, tal y como realizaron Abengózar y otros (12), quienes consiguieron cambios significativos hacia una visión más positiva de las personas mayores en estudiantes o profesionales de la salud en formación. A través de estos cambios actitudinales, las personas mayores se beneficiarían de una mejora en su estado de salud, de una mayor independencia y de un menor ratio de institucionalización. Además, se obtendría una reducción en los costes médicos y sociales derivados de la atención a este colectivo.

También se deberá aumentar la formación y educación a las personas mayores y sus familias. En esta dirección, diferentes estudios han demostrado que el cambio de actitudes “edadistas” es posible. Para que el cambio de actitudes se mantenga a largo plazo no es suficiente con proporcionar información a las personas, sino que ésta debe ser destacada (reforzando actitudes no edadistas) de tal forma que la información proporcionada se consolide con mayor fuerza en el repertorio cognitivo de las personas. Si únicamente se proporciona información sobre el envejecimiento no se producen cambios en las actitudes edadistas de las personas. Entonces, además de información, ¿qué hay que proporcionar?.



La intervención sobre las familias es necesaria dado que, aunque existan programas para tratar problemas psicológicos en los mayores, si estos programas no tienen en cuenta la presencia en las familias de actitudes edadistas como las comentadas en este artículo, estos programas no maximizarán su eficacia.

Nos parece necesario tener que reafirmar aquí que las personas mayores tienen dignidad y reivindicar una mayor protección de la misma debido a la potencial vulnerabilidad que presentan. Los conceptos de dignidad y respeto son reconocidos como fundamentales por las personas mayores, aunque desgraciadamente, con frecuencia, les resulta más fácil hablar de su carencia. La falta de respeto es la forma más dolorosa de maltrato, según los mayores que participaron en el estudio cualitativo "Voces ausentes" (13). Cuando se les pregunta sobre la dignidad, las personas mayores la relacionan entre otros temas con:

- El derecho a ser tratados como iguales, al margen de la edad.
- El derecho a elegir como quieren vivir, ser cuidados y morir.
- El derecho a tener el control en las decisiones sobre su salud.
- El derecho a mantener su autonomía e independencia sin sentirse solos o como una carga para la familia.

Pero además, consideran que su dignidad se ve quebrantada cuando:

- Se les excluye de las conversaciones.
- Se les trata de forma impersonal.
- Se les trata como a niños.
- Se dirigen a ellos con términos como "cariño", "amor", no por su nombre de pila.
- No se cuida su intimidad al lavarles.
- Se realiza la higiene sin que se les dirija la palabra.
- Se les viste mal.
- Son obligados a realizar determinadas actividades a las horas que les dictan.
- Se mueren en soledad.

Nos tememos que la dignidad se pone a prueba diariamente en la relación entre profesionales y pacientes al no cumplirse las expectativas que las personas mayores tienen en dicha relación. Nos están diciendo que tienen derechos, pero también que tenemos que ser sensibles a sus necesidades, en definitiva, que les cuidemos respetando su dignidad y su autonomía, que se cuente con ellos, que se respeten sus decisiones y su intimidad, pero además,

que mejoremos la comunicación y que les tratemos con afecto, con una asistencia menos despersonalizada y más humana. Como profesionales estamos obligados a dar respuesta a las peticiones que nos están haciendo, y para que esta respuesta sea moralmente adecuada, no debe quedarse únicamente en el respeto estricto de sus derechos sino que debe atender sus necesidades tal y como ellos las sienten, y en esto consiste el cuidado. Como señala Moratalla (14) "la ética de los mayores no puede ser únicamente una ética de derechos, sino una ética de responsabilidades, cuidados y afectos".

Por consiguiente, no se ha de ignorar nunca que todos, por constitución antropológica y en tanto que seres temporales, hemos

sido en el pasado (durante la gestación, lactancia, niñez, infancia) personas dependientes, que podemos serlo en cualquier momento presente (por accidente o enfermedad), y con toda probabilidad llegaremos a ser en el futuro (por la vejez, el deterioro físico, y el proceso de morir), seres humanos sufrientes, dolientes, dependientes y, no se debe obviar, so pena de aniquilar sus propios objetivos sociales más dignos, la situación de fragilidad, vulnerabilidad y debilidad en que vivimos los seres humanos, desde la fecundación hasta la muerte.

### Conclusiones

Las actitudes edadistas están presentes en buena medida en la sociedad, sin que ello signifique que existan responsables de tal situación. Es un fenómeno cultural con un importante componente socio-histórico ampliamente establecido en las sociedades occidentales. Se pretende reflejar la existencia de una forma de prejuicio o discriminación, que surge a partir de influencias culturales y que forma parte del sistema de creencias tanto de los profesionales como de las personas mayores y sus familias. Las maneras de actuar de algunos profesionales pueden estar indicando la presencia de sesgos edadistas implícitos, que pueden pasar desapercibidos para ellos mismos. Esta forma de pensar puede afectar al diseño, implantación y resultados de las intervenciones, dado que puede infravalorar las capacidades físicas y mentales de las personas mayores. Por lo tanto, se trata de poner de manifiesto la necesidad de fomentar actuaciones dirigidas a reducir la presencia del edadismo, lo cual es fundamental para promover mejores niveles de bienestar en el grupo de población de las personas mayores.

### Referencias bibliográficas

- (1) San Román, T. Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema. Barcelona: La Caixa. 1990.
- (2) Butler, R. Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 1969 ;9: 243-6.
- (3) Freixas, A. Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología*, 1997; 75(2): 31-42.
- (4) Fullmer, Elise M.; Shenk, Dena y Eastland, Lynette J. Negating Identity: A Feminist Analysis of the Social Invisibility of Older Lesbians. *Journal of Women & Aging*, 1999; 11(2/3): 131-148.
- (5) Montoro, J. Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 1998; 8(1): 21-30.
- (6) Losada Baltar, A. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores. (<http://www.imserso.es/documentos/losada-edadismo-01.pdf>). Consultado el 15 Marzo, 2006
- (7) Molina, J.A. Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 2000; 53(3): 489-501.
- (8) IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Madrid: Imsero. 2002.

- (9) Fernández-Ballesteros, R. Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: SG Editores. 1992.
- (10) Montorio, I., Losada, A., Márquez, M. e Izal, M. Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 2003; 12(3): 301-324.
- (11) Montorio, I., Izal, M., Sánchez, M. y Losada, A. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2002; 12(2): 61-71.
- (12) Abengózar, M.C., Cerdá, C. y Pérez, J. Cambios actitudinales respecto al envejecimiento en jóvenes-adolescentes: un programa de intervención. *Geriátrika*, 1999; 15(8): 44-9.
- (13) OMS, INPEA. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 2002; 37: 319-331.
- (14) Moratalla, A. D. Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto. En J. Gafo (Ed.), *Ética y ancianidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. 1995.