

# **CURSO LA ATENCIÓN HUMANA AL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO**

TRES CANTOS (MADRID)

22-26 de Abril de 2002

## **Conferencia: Tópicos en la relación de ayuda al anciano**

**Cristina Muñoz Alustiza**  
**Diplomado en Enfermería**  
26 de Abril de 2002

- Introducción
  - Qué es un tópico-mito: componentes actitudinal y conductual
  - El porqué del mito: análisis social ( viejismo- gerontofobia)
  
- Tópicos más frecuentes en el anciano
  - Descripción
  - Argumentación del tópico
  - Contrastación con la realidad del anciano
  
- Consecuencias de los tópicos en torno al anciano
  - El problema de la adecuación. Suicidio y depresión en las personas mayores
  
- ¿Cómo vencer el tópico?
  - Una mirada distinta. Desmontar el mito, el reto de los profesionales y familia
  - Cambio de actitud: hacia las actitudes propias de la relación de ayuda

## **TÓPICOS EN LA RELACIÓN DE AYUDA AL ANCIANO.**

Hoy en día no nos resulta inusual encontrarnos en nuestro entorno más próximo con la existencia de creencias relacionadas con las personas mayores que están más cerca de la falacia que de la realidad. La sociedad, caracterizada por un creciente elogio hacia lo joven, lo nuevo es especialmente dura a la hora de tratar y convivir con la población anciana dando lugar a actitudes que terminan condenando al anciano a ser víctima de prejuicios y finalmente discriminado y desplazado por su edad (etismo). Creo que no es necesario ahondar en este sentido pues todos lo que trabajamos a diario con ancianos somos testigos del lugar muchas veces aislado que ocupa el anciano en nuestras ciudades, familias, centros sanitarios...

Con frecuencia encontramos también estos **modos característicos de mirar y tratar al anciano** en nuestro propio centro de trabajo donde pareciera que conocemos la realidad de las personas mayores.

Y es que en verdad el hecho de hallarnos trabajando mano a mano con ancianos a diario no significa necesariamente que no existan en nosotros mismos una serie de tópicos que si bien son conocidos por la población general no dejan de ser un lastre en nuestro quehacer diario y un auténtico barapalo para el anciano sobre el que recaen..

Y es que en verdad, como dice Leopoldo Salvarezza, licenciado en psicología y profesor de la cátedra de Psicología de la Vejez de la UBA, **hay una mirada social que determina cuál es el rol del viejo, y esa mirada hoy es prejuiciosa** . Este conjunto de prejuicios se llama **viejismo**. El término viejismo (ageism ) puede entenderse como “conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los ancianos simplemente en función de su edad”.

Los **prejuicios negativos** dicen que los viejos son todos enfermos, deprimidos, pobres, que no tienen sexualidad. Los **positivos**, que son todos buenos, sabios, amables, ricos.

Los prejuicios contra la vejez como cualquier otro ( raza, religión, etc.) son adquiridos durante la infancia y más tarde se van desarrollando y asentando con el paso de los años durante el resto de la vida. Es interesante llegado a este punto resaltar la propensión que tenemos los humanos, desde muy niños, a rechazar a los discapacitados con los que son fácilmente identificados los ancianos.

Tiene especial importancia las conductas de personas significativas del entorno familiar durante la niñez por el proceso de identificación que tiene lugar entre el niño y el adulto, generalmente el padre y/o la madre, creando así respuestas emocionales concretas e inconscientes a estímulos determinados, respuestas que se irán incorporando y asentando a lo largo del proceso de maduración del niño hacia la edad adulta hasta convertirse en rasgos propios de su personalidad.

Un ejemplo muy gráfico acerca de la identificación infantil en la formación de tópicos cerca de la vejez se observa claramente en un cuento de Grimm: *Un campesino hace comer a su padre separado de la familia, en una pequeña escudilla de madera; sorprende a su hijo juntando maderitas: “ es para cuando tú seas viejo”, dice el niño. Inmediatamente al abuelo recobra su lugar en la mesa común*

**Podemos decir que los mitos y los estereotipos son procesos que forman generalizaciones, creencias o actitudes hacia grupos de población que no responden a la realidad y obligan a la persona a ajustarse a ella.**

Hablamos de **actitudes** porque el tópico, mito o estereotipo imprime carácter, determina un modo de pensar, de actuar, de sentir y acompañar al anciano, un modo de ser en la relación que asentado firmemente en la persona del cuidador salpica el entorno y aleja al anciano de su verdadero lugar.

Otro término utilizado con frecuencia es el de **Gerontofobia** que, diferenciándolo del viejismo se refiere a una conducta de temor o miedo, odio irracional hacia los ancianos.

Y es que en verdad, enfrentarnos con el anciano nos produce un especial conflicto, mayor si cabe al que se nos plantea cuando tratamos con enfermos o minusválidos. Aún siendo conscientes de que todos podemos ser candidatos en un momento dado a padecer e incluso a morir por una enfermedad grave, lo cierto es que vivimos escudándonos en la negación, en la creencia de que eso es algo que puede ocurrir pero cuya probabilidad es relativa, de este modo vivimos aferrados a la idea de que las enfermedades les suceden a los otros.

Esto no ocurre así con la vejez, verdaderamente, aunque tratemos de olvidarlo somos conscientes de que la vejez es una etapa que, si no lo remedia una temprana enfermedad en la edad adulta, terminará llegándonos a todos sin excepción, como ocurre con la muerte, sin poder protegernos con estadísticas médicas que nos consuelen al saber que sólo afectará a unos pocos.

Por eso algunos han llegado a decir que sentarse frente a un anciano es mirarse al “espejo del tiempo” y conociendo el futuro que las sociedades imponen a la vejez esto nos genera una importante angustia.

La presencia del anciano nos salpica con la realidad de nuestra existencia y es que caminamos hacia nuestra propia vejez de un modo imparable

El generador del tópico termina siendo también, con los años, su objeto.

**Estos prejuicios o tópicos, ampliamente extendidos por toda la población son especialmente dañinos cuando se dan en los profesionales sanitarios que tratan con ancianos, esto es lo que podemos llamar “institucionalización del tópico”,** caracterizada por los siguientes aspectos:

- Presencia de actitudes de viejismo- gerontofobia, en definitiva de rechazo en los propios profesionales que trabajan con ancianos.
- Tendencia al aislamiento de los ancianos en los centros residenciales.
- Escasez o ausencia de iniciativas que promuevan la independencia y autonomía del anciano.
- Adecuación de los ancianos a la situación de aislamiento. Aumento de situaciones de dependencia.

Podemos afirmar que la existencia de este tipo de actitudes nos lleva a la instauración de tópicos relacionados con la persona mayor y que, por otro lado, la existencia, divulgación e instauración de estereotipos sobre la vejez y el proceso de envejecimiento conlleva al enriquecimiento de actitudes de viejismo por parte de la familia, los profesionales y la sociedad en general.

¿Cuáles son los tópicos que se dan con mayor frecuencia en torno a la figura del anciano?

## Tópicos más frecuentes en relación con el anciano

- **Vejez = incapacidad, enfermedad.** Hace referencia a la creencia frecuente de que todos los ancianos padecen enfermedades y que muchos de ellos pasan la mayor parte del tiempo hospitalizados, muchos de ellos institucionalizados en ULEs o residencias geriátricas. Ciertamente es que la frecuencia de procesos patológicos tiende a asociarse a la edad y esto ya ha quedado estadísticamente señalado en infinidad de ocasiones sin embargo es importante, llegado a este punto, redefinir el término *salud* y relacionarlo con la población anciana. En la práctica, lejos de la clásica definición de salud de la OMS : “un estado de completa satisfacción física, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” es necesario describir la salud de los ancianos en términos de funcionalidad: a) en función de la presencia o no de enfermedad y b) en función de cuán satisfactorio es su funcionamiento en cada una de las tres áreas mencionadas ( física, mental y social). Tal vez sea este el momento de pasar de otorgar tanta importancia a la existencia o no de enfermedad y abrir camino hacia la necesidad de prestar atención a la percepción subjetiva e individual de salud del propio anciano así como el grado en que ésta afecta a la realización de sus AVDs y a su siempre subjetiva calidad de vida, es decir, más que prestar atención a la patología fijar la atención al grado de impedimento que ésta genera en la persona concreta que lo padece. Cómo el individuo se siente ante su impedimento. Es necesario pues relativizar la importancia de presentar o no una patología, pasando de hacer el clásico diagnóstico médico a realizar un diagnóstico funcional. ( reuniones de AVDs) .  
*El diagnóstico funcional es uno de los elementos más importantes a introducir en el campo de la geriatría. (Comité de Expertos de la OMS 1974)*

Un estudio de la Duke University, el 51% de los ancianos consideraban que su salud era buena, el 33% que era “aceptable” y solamente el 16% que era “pobre”. Por supuesto que las predicciones de los pacientes no deben tomarse como un criterio clínico pero sí como un criterio realista de su capacidad de funcionamiento.

En lo que se refiere al internamiento en centros socio-sanitarios, mientras la mayoría de la población cree que en torno a un 20-50% de los ancianos viven institucionalizados, en realidad esta cifra alcanza aproximadamente un 7% de la población mayor de 65 años y un 9% de los mayores de 75 siendo una amplia mayoría los que viven en su propia vivienda acompañados por sus familiares o en casa de estos.

- **Decadencia intelectual.** La dinámica intelectual juega un papel decisivo en el diagnóstico de muchos trastornos psicopatológicos y neurológicos. Las personas que poseen un mayor bagaje educativo y cultural muestran un declive menor que los individuos de niveles culturales más bajos. Psicólogos prestigiosos, como Horn y Catell, comprobaron una disminución de las aptitudes que se pueden definir como inteligencia fluida, mientras que las aptitudes que engloba la inteligencia cristalizada aumentarían. La inteligencia general no declina con la edad si es cierto que se puede dar un entecimiento en los procesos intelectuales. Por ejemplo, Kant legó sus mayores contribuciones filosóficas a una edad avanzada y después de sufrir una grave enfermedad; Einstein culminó su teoría sobre la relatividad también en su ancianidad y Picasso, a los 91 años de edad, podía ser considerado como el más joven de los pintores españoles. Se suele hablar también de una *incapacidad para el aprendizaje*

en las personas mayores, lo cierto es que pueden precisar de un mayor tiempo para aprender cosas nuevas pero no se ha demostrado que el pasar de los años sea causante de la incapacidad para el aprendizaje. Corresponde a nuestra sociedad promover y fomentar todo tipo de alternativas en este sentido, ya que la idea hoy predominante, tanto a nivel preventivo como terapéutico, es que una de las mejores formas de envejecer consiste en que después de la jubilación se inicie el aprendizaje de una nueva tarea que abra la curiosidad hacia nuevos horizontes. Por eso hay que tener en cuenta también la influencia de otras variables como el nivel cultural, la profesión, el estado de salud, el entorno del sujeto.

- **Improductividad:** Los planteamientos economicistas actuales hacen que al anciano se le vea como un ser improductivo. Tanto produces, tanto mereces consideración. Ante este modo de conducirse, hay que afirmar que el ser humano no es ningún medio para conseguir riqueza, sino alguien lleno de valor en sí mismo, *el ser humano tiene dignidad y no precio*. No deja de resultar interesante llegado a este punto plantearse si los ancianos son personas igualmente dignas que los adultos o los niños.
- **Inflexibilidad.** Existe la tendencia a pensar que las personas al hacerse mayores pierden la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, a hacer nuevas relaciones, etc. Lo cierto es que en verdad no encontramos diferencias con lo que fue esta capacidad en épocas anteriores de la persona
- **Cambio de personalidad.** En realidad, cada persona es única y diferente, y no está demostrado que acontezca una modificación por el simple hecho de estar en los últimos años de la vida. Quizá sea más cierto que de mayor se es como se ha sido toda la vida. Que lo del viejo bondadoso, lo del viejo egoísta, lo del viejo intolerante, el viejo cascarrabias, lo del viejo comprensivo y consejero son parvas de mitos. *Un joven rígido dará como resultado un viejo rígido, un joven inquieto dará un viejo inquieto. Cada uno envejece como ha sido toda su vida. La conclusión más válida y general que puede extraerse de las últimas investigaciones al respecto es que en las personas sanas y adaptadas la personalidad tiende a permanecer estable durante toda la vida.*
- **Desapego.** (Teoría del desapego. Comité sobre el desarrollo humano de la Universidad de Chicago 1962 ) A medida que el sujeto envejece se produce un decrecimiento en su interés vital por las actividades, personas y objetos que le rodean, se produce un apartamiento en la interacción social así como una separación gradual de la vida de los demás disminuyendo sus compromisos emocionales y perdiendo interés por los problemas ajenos para centrarse más en los suyos propios. Estudios posteriores ( Havinghurst y cols. 1968 y Carp 1966) demuestran que en un entorno positivo las personas mayores prefieren la actividad y el contacto con otras personas más que el desapego y el aislamiento. Si bien es cierto que las personas que toda su vida evitaron el excesivo contacto social, lo evitarán igualmente
- **Sexualidad inexistente.** Erróneamente se ha creído que no existían actividad ni interés sexuales en la vejez, o que cuando se producían eran de tipo morboso y patológico (“el viejo verde”). Hoy se admite que la vida sexual persiste y se transforma constantemente a lo largo de toda la evolución individual, y sólo desaparece con la muerte.

Sin embargo, la vida sexual de los ancianos es un tema mal conocido en nuestro ámbito sociocultural y sigue pesando sobre ella un tabú social muy marcado. Se produce el entrelazado de dos temas tabú: la sexualidad y el envejecimiento lo que convierte este tema en especialmente conflictivo, no por ello puede dejarse de lado. Esta visión puritana de la sociedad despliega sus aspectos moralistas en conceptos tales como que la sexualidad en los ancianos no es ni posible ni necesaria y si ocurre, no es normal. Esta moral puritana impone al tiempo la prohibición de verbalizar este deseo, lo que implica que a la angustia proveniente de la conflictiva individual se le suma la imposibilidad de buscar ayuda. Con la pareja no se habla del tema, se hace o no se hace, pero no se habla. Con los amigos no se habla por vergüenza y temor al ridículo. Los hijos no suelen ser buenos receptores de estos conflictos por generarles también gran angustia. A nivel religioso se recomendará generalmente resignación. Se produce un declive, más o menos acentuado, entre los sesenta y los setenta años. Por otro lado el papel pasivo, la sexualidad inhibida y así educada durante décadas, tras haber dejado paso a una actitud de resignación y de aceptación pasiva de un rol de simple objeto sexual del marido. Por este motivo muchas de ellas viven la interrupción de la sexualidad como un alivio, una liberación del sometimiento sufrido durante gran parte de su vida. Las modificaciones experimentadas en el envejecimiento y que en algunos casos pueden representar molestias para la práctica de la sexualidad son en ocasiones utilizadas como motivo para interrumpir las relaciones sexuales especialmente en mujeres que durante toda su vida se han tomado la sexualidad como un “deber conyugal”.

### **Consecuencias de los tópicos en la relación de ayuda al anciano**

- **Desapego.** Estos prejuicios, extendidos ampliamente por la población general tienen especial peligrosidad cuando se dan en los profesionales sanitarios que trabajan con ancianos por generar con especial facilidad problemas de aislamiento y segregación del anciano así como sentimientos de inutilidad, soledad y dependencia en el anciano.
- **Adecuación.** El tópico termina haciéndose presente en la vida del anciano de tal modo que él mismo termina asimilándolo como una realidad de esta etapa de su vida aceptando su situación y la idea de que “no hay nada que hacer”. Se da en estos casos de aumento de dependencia, quejas y falta de autonomía para actuar y tomar decisiones ( dependencia)
- **Temor a la vejez: gerontofobia.** El paso de los años termina por hacer patentes los primeros síntomas de envejecimiento propio, el tópico se vuelve contra nosotros mismos.
- **Incapacidad de realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de procesos patológicos.** Imposibilidad de acceder a los ancianos con auténtico conocimiento científico y no con falacias y prejuicios baratos. El centrarse únicamente en el diagnóstico supone la ausencia en la promoción de las AVDs del anciano con el consiguiente freno de la autonomía e independencia de la persona.
- **Dificultad para comprender al anciano.** Los tópicos suponen un alejamiento de la realidad del anciano que nos hace distanciarnos más de ellos. Esta situación dificulta todo intento de comprensión auténtica de cuanto viven y sienten las personas

mayores. Por ejemplo, al no reconocer la sexualidad en el anciano, los jóvenes y adultos se niegan a encontrarse en los viejos que serán, en sus anhelos y necesidades y esto, de no remediarlo les ocasionará problemas cuando tengan que lidiar con su propia vejez, cuando no puedan comprender o manejar la propia sexualidad cuando las limitaciones psíquicas o fisiológicas hagan evidente que hemos llegado a la vejez. “Nos negamos a encontrarnos en el viejo que seremos”( S. De Beauvoir)

- **Anulación de la dimensión sexual del anciano.**
- **Suicidio.** En ocasiones los tópicos infundados acerca del proceso de envejecimiento y de la vejez crean una angustia vital en quien, aquejado por el paso de los años observa la proximidad de esa situación que durante tiempo concibió como lejana. No nos son ajenos los múltiples esfuerzos por reducir o disimular las secuelas del paso del tiempo, secuelas que en ocasiones se hacen insostenibles e incluso generadoras de indicios de dependencia. Pueden darse casos de suicidio ocasionados por la incapacidad de aceptar convertirse en objeto del tópico que aferramos durante toda la vida.( El amor en los tiempos de cólera. Gabriel G. Márquez )
- **Sentimientos de inutilidad.** Ocasionados por la falta de contribución económica en los gastos de la familia, por sentirse dependientes e incapaces de hacer nada por sí solos.

### ¿Cómo vencer el tópico?

Una mirada distinta tal vez sea la clave para dejar atrás los tópicos que entorpecen nuestra relación con los ancianos, para acercarnos a ellos con una visión más profesional y menos prejuiciosa.

Y hablar de una mirada distinta no puede empezar de otro modo que a partir de un cambio en la actitud, en la disposición con que nos sentamos frente al anciano que sufre y padece, que vive y siente.

Hacia las actitudes de la Relación de ayuda:

- **Empatía.** Sólo en el momento en que seamos capaces de acercarnos sin miedos ni prejuicios al ser humano anciano podremos conocerlo, sólo habiéndolo conocido podremos descubrir que, en verdad hay mucho de nosotros también en el otro del mismo modo que hay en nuestro interior un anciano escondido que con bastante probabilidad saldrá a la luz algún día. Empatizar con el anciano nos lleva a sentir con él, a sumergirnos en cuanto esta viviendo, a encontrarnos al buscarle. Empatizar con él significa acercarnos sin caretas y sin escudos, sin ideas preconcebidas que empobrecen la relación. Ponernos en su pellejo aunque ello pueda despertar nuestros propios temores.
- **Aceptación incondicional- consideración positiva.** Nos lleva a tomar al anciano tal cual es y respetarle, tratarle y cuidarle con sus cosas buenas y cosas malas, descubrirle como un ser capaz de ser, pensar, decidir, capaz de sentir, capaz de continuar trabajando, luchando, eligiendo, aprendiendo. La aceptación incondicional nos lleva a deponer todo juicio moral sobre la persona del anciano, sobre su deseo de hacer o no hacer, nos lleva a aceptar su decisión individual y responsablemente tomada. La aceptación incondicional nos lleva a regalar todo nuestro calor humano

en virtud de ese ser humano anciano que se sitúa frente a nosotros como oportunidad siempre única. Aceptación incondicional significa en última instancia escapar de nuestra tendencia a generalizar al concebir al anciano lleno de prejuicios propios.

- **Autenticidad.** Exige el compromiso de ser sinceros y genuinos en la relación con el anciano. Esta actitud hace referencia también a nuestro lenguaje interior donde se dan lugar los sentimientos. Al colocarnos frente al anciano, al trabajar con él debemos prestar atención a los sentimientos que este trato nos genera para trabajarlos y adueñarnos de ellos de modo que no sean un impedimento en la relación. No en pocas ocasiones la vejez, el deterioro, la enfermedad ocasiona en nosotros sentimientos de impotencia, tristeza, indefensión que conviene canalizarlos.

#### **Estas actitudes se concretan en habilidades como:**

- **Escucha activa.** De sus problemas, sus vivencias, escuchar sus recuerdos (reminiscencia). Una escucha que recoge no sólo lo que el anciano nos dice sino también y en ocasiones esto es más importante, escuchar lo que no nos dice pero nos transmite a través de la comunicación no verbal.
- **Promoción y estimulación de la autonomía del anciano en su autocuidado**
- **Educación e información acerca de los cambios típicos del envejecimiento en los distintos niveles.** Físico, psíquico, social, espiritual.... La información tiene que ir destinada tanto al anciano como a la familia
- **Acompañamiento durante el proceso.** La vejez es un proceso de continuas pérdidas personales y sociales. Nuestro lugar ha de ser de apoyo en estas situaciones difíciles de modo que podamos estar cercanos para proporcionar pautas que ayuden en la superación y afrontamiento de las pérdidas.
- **Paciencia**

En definitiva podríamos decir que sea cual sea nuestra edad, al hablar de la vejez estamos hablando de nosotros mismos, de lo que somos o de lo que seremos...si el tiempo no lo remedia.

Tomar conciencia de esto ha de ser el punto de partida para poder comprender el fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias en los distintos niveles.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- **Psicogeriatría. Teoría y Clínica.** Salvarezza, L. Ed. Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires, 1991
- **Apuntes de Relación de Ayuda.** Bermejo, J.C. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud. Ed. Sal Terrae. Madrid
- **Relación de Ayuda y Enfermería.** Bermejo, J.C. Carabias, R. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud. Ed. Sal Terrae. Madrid