

ESPACIO ABIERTO

Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores

Barriers to the access of older adults to psychosocial intervention services

Ignacio MONTORIO CERRATO*
María MÁRQUEZ GONZÁLEZ
Andrés LOSADA BALTAR
María Izal FERNÁNDEZ DE TROCÓNIZ

Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.
Universidad Autónoma de Madrid

Fecha de Recepción: 16-07-02 / 10-03-03

Fecha de Aceptación: 04-09-03

RESUMEN

Para optimizar la atención las personas mayores y sus familias es necesario analizar las barreras que obstaculizan su utilización de servicios de tipo psicosocial. En este trabajo se revisan algunas de esas barreras (institucionales, sociales, psicológicas), especialmente las que afectan a personas mayores dependientes y con necesidad de atención psicológica. Además de factores institucionales básicos (disponibilidad y accesibilidad de los servicios), se analizan algunas barreras menos estudiadas, procedentes de: a) la persona mayor (p.ej., dificultad para percibir sus necesidades psicosociales); b) sus cuidadores y familias (p.ej., normas rígidamente familistas); c) la sociedad (p.ej., estereotipos edadistas); y c) el entorno formal: los profesionales (p.ej., falta de formación específica). Se recomienda trabajar para incrementar la cantidad y calidad de los servicios, pero también para facilitar un cambio actitudinal en las personas mayores, sus familias y el entorno social, hacia una mayor concienciación de las necesidades psicosociales de los mayores y sus cuidadores, una mayor aceptación por su parte de los servicios formales de atención psicosocial, así como hacia una visión de la vejez menos estereotipada y negativa. Se recomiendan también pautas como una mayor difusión social y profesional del conocimiento sobre el envejecimiento y la potenciación de nuevas y más flexibles fórmulas de atención al mayor y su familia.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, Dependencia, Servicios, Barreras.

ABSTRACT

In order to optimize the assistance to elderly people and their families, it is necessary to analyse barriers that may be difficulting their access to psychosocial services. In this work, different factors (institutional, social, psychological) are reviewed, specially those affecting frail elderly people and those in need of psychological care. Together with basic institutional factors (availability of and accesibility to the services), less studied barriers are analyzed. Specifically, barriers coming from: a) the older adult (e.g., difficulty to perceive a psychosocial need); b) his/her primary caregiver and family (e.g., excessive familist norms); c) the society (p.ej., ageism) and d) the formal context and practitioners working within it (p.ej., lack of specific education). It is recommended to work not only to increase the services' quantity and quality, but also to facilitate an attitudinal change in elderly people, in their caregivers and the society towards a higher awareness of older adults' psychosocial needs, a greater acceptance of help coming from formal providers and a less negative and stereotyped social image of elderly people. A better social and professional diffusion of information regarding psychosocial services and the enactment of new and more flexible assistance policies for elderly people are recommended.

KEY WORDS

Older adults, Dependence, Services, Barriers.

INTRODUCCIÓN

El mantenimiento y promoción de la calidad de vida de las personas mayores, en su condición de ciudadanos que comparten necesidades con otros grupos de población y que, a su vez, tienen necesidades específicas, es un objetivo fundamental de la política social. Asumiendo la definición de "salud" elaborada por la OMS (1948), que define la calidad de vida con la ausencia de enfermedad y la presencia de bienestar físico, mental y social, el acercamiento a la satisfacción

de las necesidades de salud de la población mayor ha de tener necesariamente un carácter multidimensional, dirigido a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y sociales de estas personas.

De las tres acepciones incluidas en la definición de salud de la OMS, las necesidades relativas a la salud física son las que más y mejor atención han recibido hasta la fecha. El concepto de enfermedad física y la forma en que socialmente se responde a ella es básicamente similar para cualquier persona, con independencia de su edad. Así, hoy contamos con una prestación sanitaria estandarizada

de carácter universal que funciona con relativa eficacia cuando la enfermedad se hace presente. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los conceptos de salud psicológica y social. Hasta fechas recientes, la atención prestada a las necesidades psicológicas o sociales de las personas mayores ha sido de mucha menor cuantía, al menos comparativamente con la respuesta que se ofrece a las necesidades de salud.

Un caso particular de enorme importancia es el grupo de las personas mayores en **situaciones de fragilidad y dependencia**. Superado ya el concepto unidimensional de la dependencia como sinónimo de incapacidad funcional derivada de un declive físico, cada vez es más asumido que la dependencia es un fenómeno de naturaleza compleja, sobre el que influyen variables tanto biológicas como psicológicas y sociales (Horgas, Wahl y Baltes, 1996; Montorio, 1999). Desde este punto de vista, afrontar el problema de la dependencia requiere una perspectiva global y una unidad de sistema, y el desarrollo de políticas de bienestar para personas de edad avanzada que no se centren exclusivamente en el bienestar físico/material de las mismas, sino que incluyan también objetivos sociales y psicológicos.

Otro caso de especial interés es la población mayor con necesidades relacionadas con la salud mental. Aunque en menor grado que en la población más joven, los trastornos psicológicos también están presentes en este grupo de población. La depresión, por ejemplo, parece afectar al 25% de las personas mayores institucionalizadas y en torno a un 10% de las residentes en la comunidad (Franco y Monforte, 1996; Ribera y Reig, 1989) y los trastornos de ansiedad (fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, etc), afectan a un 11'3% de la población comunitaria (Montorio, Nuevo, Losada y Márquez, 2001). Sin

embargo, las personas mayores de 65 años representan una muy pequeña proporción de la población que recibe atención psicológica tanto en servicios públicos como en centros privados, en comparación con su notable peso demográfico.

Este trabajo tiene por meta realizar un análisis de las principales barreras que dificultan el acceso de las personas mayores a los servicios de tipo psicosocial. Se analizarán especialmente las barreras que afectan a los subgrupos mencionados: personas mayores dependientes y las que padecen trastornos psicológicos. No obstante, antes de analizar las barreras específicas para la utilización de servicios por parte de las personas mayores, se describen algunos aspectos previos fundamentales, referidos al alcance de la existencia de servicios (disponibilidad), el grado en que son accesibles (accesibilidad) y el grado en que las personas los utilizan (utilización).

DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Fundamentalmente a partir de los años 80, ha tenido lugar un importante desarrollo de servicios y programas destinados a hacer frente a un conjunto heterogéneo de situaciones de necesidad que experimentan las personas mayores (Sancho y Rodríguez, 1999). Así, se ha producido un incremento de los recursos sociales más tradicionales (hogares o clubes de jubilados y residencias) y se ha ido poniendo en marcha una amplia gama de servicios de carácter más innovador (centros de día, teleasistencia, sistemas alternativos de alojamiento, servicios de atención domiciliaria, etc.).

A pesar del avance en la atención a muchas de las necesidades de las personas mayores, aún existen múltiples necesidades (ayuda para la vida cotidiana ante situaciones de fragilidad en perso-

nas que viven en su domicilio, tratamientos adecuados ante problemas de salud mental, modificación de barreras arquitectónicas en la comunidad, escasa participación social, etc.) que permanecen sin ser atendidas, al menos, en la forma y cantidad en la que se debiera. La relativa ausencia de servicios especializados y programas específicos para población mayor y las limitaciones en extensión y calidad de los servicios existentes (Geriatría, 2000) se explican en parte por la tradicional preferencia de nuestra sociedad por opciones de tratamiento de tipo custodial, fundamentalmente el ingreso en residencias, frente a intervenciones de tipo preventivo o basadas en servicios comunitarios y domiciliarios para las personas mayores y sus familias.

La histórica falta de coordinación entre el sistema de salud y los servicios sociales para personas mayores complica más la situación, ya que dificulta la atención integral a la persona mayor (dependiente o no) y sus familias. Muchos de los problemas que ocurren durante la vejez deben ser objeto de más de un profesional, siendo preferible la planificación de un tratamiento interdisciplinar desde una óptica bio-psico-social. Es frecuente, por ejemplo, que las personas que han sufrido un accidente cerebro-vascular padezcan depresión (Reding et al., 1985) y que rechacen y/o no se benefician adecuadamente de un tratamiento de rehabilitación neurológica, tanto por factores motivacionales y conductuales, como por la disminución en la capacidad de aprendizaje que va asociada a la depresión. En este caso, como paso previo o, al menos, simultáneo a otro tipo de intervenciones, se requeriría un adecuado tratamiento de la depresión. Asimismo, se ha comprobado que es mucho más probable que las personas mayores se recuperen físicamente de forma completa tras una fractura de cadera si no están deprimidos que si lo están (Mossey, Knott y Craik, 1990). Otro ejemplo de la necesidad de

tratamiento interdisciplinar es la enfermedad de Alzheimer, en la que, además de los déficits cognitivos y de los problemas de conducta característicos de la demencia, aumenta el riesgo de aparición de otros problemas adicionales: desnutrición, falta de seguimiento de la medicación, aislamiento, maltrato, etc. (Logsdon y Teri, 1995). La aceptación y valoración adecuada de la complejidad del envejecimiento y sus problemas debe llevar naturalmente a reconocer las ventajas de la colaboración interdisciplinar.

Recientes proyectos de coordinación socio-sanitaria o el espíritu asistencial que potencia "envejecer en casa" están contribuyendo a modificar las circunstancias comentadas, si bien las políticas sociales concretas no siempre son consistentes con este propósito y suelen emplear los recursos en otros objetivos. Por otra parte, la coyuntura sanitaria actual, con una cobertura pública universal de salud basada principalmente en la Atención Primaria y el centro hospitalario, hace que este tipo de atención sea la más atractiva para las personas mayores y sus familiares (Guillemard, 1990). Esta cuestión, unida a la carencia de soluciones alternativas más apropiadas para la resolución de la gran cantidad de necesidades psicosociales de las personas mayores, tales como Centros de Orientación, Valoración y Asesoramiento a la Persona Mayor, Equipos de Atención Psicológica u otros, así como la escasez de recursos formales disponibles, tales como Centros de Día o Residencias monográficas para personas que padecen demencia, determina que las personas mayores se orienten hacia la atención sanitaria y la hospitalización, formas de atención que, en muchas ocasiones, no son las más adecuadas para la satisfacción de sus necesidades concretas (Pérez, 1997; Vinuesa y Abellán, 1993).

Con respecto a las personas mayores dependientes, en España existen en la

actualidad distintos tipos de servicios dirigidos a atender directamente las necesidades de las personas mayores dependientes (p. ej., Centros de Día, Centros Residenciales y Servicios de Ayuda a Domicilio) e, indirectamente, los efectos que esta dependencia genera, por ejemplo, sobre el sistema familiar (p.ej.: atención al cuidador). Sin embargo, esta oferta se muestra claramente insuficiente, muy alejada de las necesidades existentes (Maravall, 1999; Sancho y Rodríguez, 1999). Así, puede afirmarse que una parte importante de las necesidades de las personas mayores dependientes no se ve atendida por razones relacionadas con la insuficiencia de medios asignados a la política de asunción de la carga y prevención de la dependencia (prestaciones económicas y exenciones fiscales), problemas de escasez e inadecuación de los servicios de ayuda a domicilio (que, además de tener aún una disponibilidad insuficiente, muestran problemas en la administración de los tiempos o momentos de servicio, que suelen organizarse según conveniencia de la empresa suministradora de servicios y sus trabajadores, no de los beneficiarios), la falta de plazas en instituciones o la inadaptación de las mismas, insuficiencia de medios de información o formación a los cuidadores, etc. (Fernández, 1999). Por otra parte, aunque un determinado servicio esté disponible, éste puede no ser accesible para algunas personas, debido, por ejemplo, a criterios de selección de sus usuarios (p.ej., los requisitos económicos exigidos para recibir ayuda a domicilio o servicios de respiro). Los problemas de accesibilidad a los servicios pueden deberse también a su localización o acceso físico (p.ej., estar en una zona mal comunicada) o a una excesiva burocracia que puede desmotivar a potenciales usuarios.

Si nos situamos en el campo de la salud mental, apenas existen servicios que se ofrezcan de forma específica a las

personas mayores. Para personas de cualquier edad, las limitaciones de recursos (exceso de demanda, tiempo limitado, etc.) de los servicios psicológicos públicos hacen prácticamente obligatorio el recurso al ámbito de lo privado de cara a acceder a una atención psicológica de calidad. En el caso concreto de las personas mayores, se ha encontrado que éstas visitan con muy poca frecuencia a un profesional especializado en salud mental, a pesar de que sus visitas a médicos de atención primaria por problemas de índole psicosocial o relacionados con la salud mental son más frecuentes que en otros grupos de edad (Regier y otros, 1988). Por otro lado, una considerable proporción de urgencias psiquiátricas hospitalarias está protagonizada por la población mayor (Pérez-Poza y otros, 1997), lo cual podría estar indicando que muchas personas mayores acuden al servicio de urgencias debido a la falta de información u oferta de servicios de atención en salud mental en su entorno destinados a solucionar tales necesidades. Razones económicas también son plausibles, dado el moderadamente bajo nivel medio de ingresos de las personas mayores de 65 años y el carácter privado de gran parte de los servicios de atención psicológica. Sin embargo, existen explicaciones alternativas como la de que quizá estas personas tienen barreras para percibir sus necesidades psicológicas (p.ej., falta de "cultura psicológica") y sólo buscan ayuda por razones relacionadas con la salud mental cuando su situación alcanza niveles muy elevados de gravedad.

De todo lo anterior parece desprenderse, por un lado, que no es suficiente ni la cantidad ni la variedad de servicios existentes para cubrir las diversas demandas planteadas por este amplio sector de la población, lo cual supone un obstáculo básico para el acceso a los mismos. Por otro lado, no hay que olvidar que, en ocasiones, no es la disponibilidad de servi-

cios lo que es deficitario, sino su adecuación: en ocasiones, los servicios disponibles no son precisamente los más adecuados a las necesidades de la población mayor dependiente. A este respecto, Jouvenel (1989) subraya que el desconocimiento de las necesidades sociosanitarias reales de las personas mayores puede ser el verdadero causante del aumento injustificado del gasto sanitario.

Finalmente, también existen evidencias de que la disponibilidad y accesibilidad de los servicios no son requisitos suficientes para que las personas dependientes o con trastornos psicológicos acudan a ellos o los soliciten. Otros factores contribuyen de forma fundamental a moldear los patrones de utilización de servicios psicosociales por parte de las personas mayores. En este sentido, diferentes investigaciones señalan que las personas dependientes y sus cuidadores infrutilizan los servicios comunitarios disponibles (Gill, Hinrichsen y diGiuseppe, 1998; Llácer, Zunzunegui y Béland, 1999; Pedlar y Biegel, 1999). Por ejemplo, Llácer y otros, (1999), en su estudio *Envejecer en Leganés*, encontraron que las ayudas sociales y los centros de día eran tan sólo conocidos por el 28% y 26% de la muestra entrevistada, respectivamente, y que la utilización de servicios por parte de personas mayores discapacitadas puede considerarse como muy escasa.

Un concepto clave en la explicación de la utilización de servicios hace referencia a la propia necesidad que las personas tienen de los servicios. En principio, puede ser fácil asumir que los servicios se utilizarán en función de la necesidad que la gente tenga de ellos. Sin embargo, numerosas investigaciones han encontrado que tal necesidad no es el mejor predictor de la utilización de los servicios (para una revisión, ver Minear y Crose, 1996). Como apuntan Bass, Looman y Ehrlich (1992), las personas con más

necesidad pueden encontrar muchas barreras para acceder a tales servicios, mientras que otras personas con menos necesidad pueden estar utilizándolos con mucha más frecuencia.

Diferentes modelos sobre utilización de servicios, como por ejemplo, el de Andersen (1995), señalan que a la hora de valorar qué factores influyen en que unos servicios se utilicen o no, es necesario distinguir entre las distintas funciones que pueden tener dichos servicios. Atendiendo a esta cuestión, se podría diferenciar entre servicios *discrecionales* o percibidos como menos urgentes o necesarios y que, por lo tanto, plantean un mayor margen de elección con respecto a la decisión de si serán utilizados o no (p. ej., servicios de apoyo a cuidadores) y servicios *no discrecionales* o percibidos como urgentes o necesarios por sus usuarios (p. ej., el servicio de urgencias de un hospital) (Andersen, 1995; Pedlar y otros, 1999). Según Andersen (1995), las necesidades de salud son más relevantes en la explicación del uso de servicios *no discrecionales*, mientras que las actitudes o creencias de las personas tendrían un papel importante en la explicación de la utilización de servicios *discrecionales*. Un estudio reciente de Pedlar y Biegel (1999) apoya la hipótesis de que una de las barreras más importantes que limitan la utilización de servicios psico-sociales por parte de las personas mayores dependientes es precisamente que estos servicios son valorados como discrecionales y, por tanto, prescindibles, por lo que la decisión de optar por su utilización dependerá de terceras variables entre las que se encuentran las actitudes, creencias y valores. Dentro de los servicios psico-sociales, además, pueden apreciarse diferencias en cuanto a su grado de discrecionalidad, que va cambiando a medida que evoluciona la sociedad. Así, mientras que la Ayuda a Domicilio puede estar comenzando a percibirse como menos discrecional, debido

a su directa relación con las necesidades básicas de la vida cotidiana (ayuda en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), los servicios de atención psicológica para las personas mayores o los de atención y apoyo a los cuidadores se sitúan todavía claramente en el ámbito de lo discrecional.

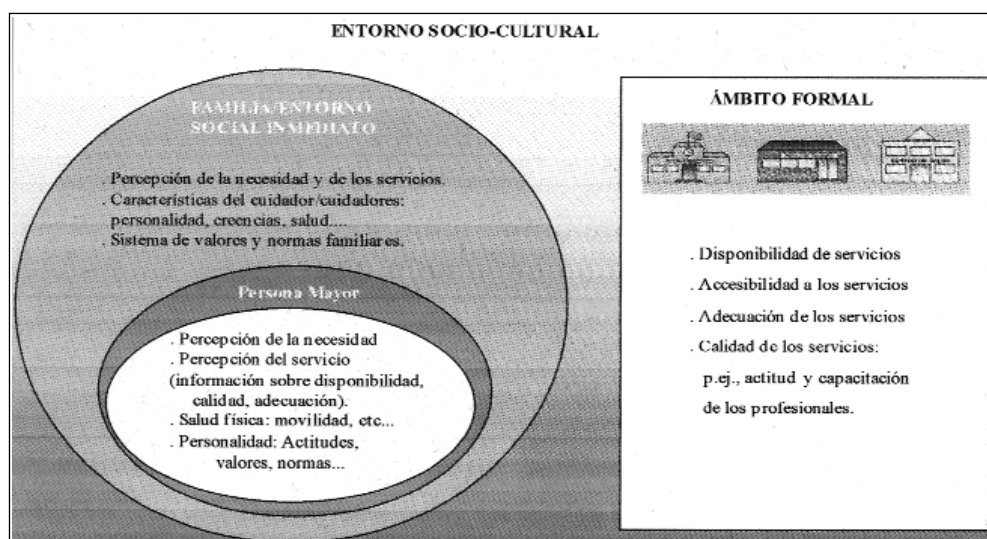
Asumiendo que en el proceso que lleva a utilizar o no un determinado servicio influyen diferentes factores o circunstancias como las anteriormente citadas (p.ej., la disponibilidad o la necesidad), hemos establecido una clasificación a modo de heurístico organizador del conjunto de dimensiones en las que pueden surgir barreras. Siguiendo este heurístico, se asume que la persona mayor tiene que atravesar un proceso de toma de decisiones hasta tomar la decisión final de utilizar un servicio determinado. Concretamente, y como se refleja en la Figura 1, sobre este proceso de toma de decisiones van a influir múltiples circunstancias que, en ocasiones, pueden suponer auténticas barreras para la utilización de servicios psicosociales, planteando obstá-

culos para que la persona acceda a servicios que, en último término, contribuirían a mejorar su situación física, psicológica y social. Estas barreras, sin pretensión de exhaustividad, se han clasificado en este trabajo en : (1) relativas a la propia persona mayor, (2) relativas al entorno familiar (cuidadores), (3) relativas al entorno sociocultural y (4) relativas al entorno formal e institucional (ver Figura 1).

BARRERAS RELATIVAS A LA PROPIA PERSONA MAYOR

En el caso de las personas mayores sin limitaciones funcionales o cognitivas que les impidan tomar decisiones y llevarlas a cabo, la decisión de utilización de un servicio o recurso depende en primera instancia de la propia persona. No obstante, las actitudes de sus familiares influyen enormemente en dicha decisión, especialmente en el caso de las personas mayores dependientes (esto se verá en el siguiente epígrafe dedicado a las barreras relativas al entorno familiar). Este apartado se centrará en las barreras proce-

Figura 1. Modelo del proceso de utilización de los servicios psicosociales por parte de la persona mayor



dentes de la propia persona mayor. Aparte de la posibilidad de presentar dificultades de movilidad, problemas sensoriales o limitaciones funcionales que no se analizarán aquí, así como barreras de tipo económico ya mencionadas, importantes barreras que puede presentar la persona mayor son la *percepción de la necesidad de servicios, conocimiento y percepción de la calidad de los servicios, y determinados factores psicológicos* que se comentan a continuación.

1. Percepción de la necesidad de servicios

Un aspecto que va a afectar decididamente a la decisión de recurrir a servicios psicosociales es la percepción que tengan los mayores de sus propias necesidades. En un análisis de la utilización de servicios, Kosloski y Montgomery (1991) sugieren que la percepción de "necesidad de un servicio concreto" incluye diferentes componentes: percepción de que existe un déficit, de si el servicio mejorará o compensará los efectos de tal déficit y de la probabilidad de ser sancionado psicológicamente (p. ej. descenso de la autoestima o sentimiento de culpa) o normativamente (culpa) por utilizar tal servicio.

En el proceso de percepción del déficit, algunas creencias y actitudes de la persona mayor tales como sus ideas acerca del proceso de envejecimiento y de lo que significa ser mayor (p.ej., el grado en que asume los estereotipos acerca de la vejez) influyen enormemente en su percepción de una necesidad concreta y en las expectativas de que determinados servicios pueden contribuir a satisfacerla o a compensar de alguna manera el déficit que la ha originado. Por ejemplo, aquellas personas mayores que asuman el estereotipo de que ser mayor se asocia inevitablemente a conceptos como decadencia, crisis o declive y tiendan a perci-

bir sus déficits como normativos e inevitables (p.ej., deterioro de su memoria), se verán más limitadas a la hora de recurrir a determinados servicios (p.ej., programa de Potenciación de la Memoria), ya que sus expectativas acerca de la eficacia de determinados servicios para paliar o compensar el déficit percibido serán, probablemente, bastante bajas. Los estereotipos sobre la vejez pueden interaccionar, además, con el tipo de problema que presente la persona mayor, convirtiéndose en una doble barrera para la intervención. Concretamente, las ideas estereotipadas de que "las personas mayores son demasiado viejas para cambiar" o "la infelicidad es el precio de llegar una edad avanzada" tienen muchas probabilidades de ser aceptadas de forma incondicional por personas mayores que sufren depresión, quiénes precisamente podrían beneficiarse más del tratamiento. Las personas con depresión son especialmente susceptibles a estos estereotipos nihilistas de la vejez, porque se corresponden bien a su perspectiva pesimista de sí mismas y de su futuro, a su visión de desamparo y a sus sentimientos de desesperanza.

En ocasiones, puede ocurrir que la persona mayor perciba que necesita "algo", pero no sepa definir ni especificar claramente su necesidad, corriendo el riesgo de recibir servicios que no se adecuen completamente a su necesidad real. Alternativamente, el hecho de no saber claramente qué se necesita puede determinar que la persona no busque la satisfacción de su necesidad. Este hecho se ve bien reflejado en lo que se refiere a la percepción de las necesidades de salud mental de las personas mayores, área en la que Lewinsohn y Teri (1983) subrayaron la presencia de importantes "efectos de cohorte". El hecho de que las personas mayores fueron socializadas en un contexto socio-cultural distinto al de generaciones más recientes (p.ej., la psicología aún estaba destinada de forma

casi exclusiva a los casos graves o, vulgarmente hablando, a “los locos”) introduce diferencias en cuanto a los patrones de necesidades percibidas y de búsqueda de ayuda para satisfacer tales necesidades. Estos efectos de cohorte explicarían la reticencia de los mayores para definir sus problemas en términos psicológicos, en su tendencia a no reconocer la presencia de problemas o necesidades de índole emocional o psicológica y a interpretar síntomas emocionales (p.ej., ansiedad, tristeza) como consecuencias del envejecimiento normal o de una enfermedad física, lo que les lleva a asumir y a mantener actitudes de rechazo o recelo hacia los servicios de atención psicológica (Knight y Satre, 1999). En conclusión, es menos probable que las personas mayores perciban la utilidad de los servicios de atención psicológica, en comparación con adultos más jóvenes y tiendan a no acudir tanto a los especialistas de salud mental en favor de especialistas en los aspectos físicos de la salud (Knight y otros, 1995).

2. Conocimiento y percepción de la calidad de los servicios

Un requisito indispensable para utilizar los servicios es que la persona los conozca y tenga información acerca de sus funciones, así como de las posibilidades y los métodos para acceder a ellos. En el cumplimiento de estas condiciones influyen enormemente características de la persona tales como su disposición y actitud de búsqueda de información disponible, lo cual tiene mucho que ver con su repertorio de estrategias de afrontamiento y sus habilidades de solución de problemas (Pedlar y Biegel, 1999).

Por otro lado, la percepción de la *calidad* de los servicios es un tema crucial en el análisis de su utilización. A este respecto, Kosloski y Montgomery (1991) señalaron que, una vez percibida una

necesidad, para utilizar un determinado servicio éste ha de ser valorado como adecuado y capaz de contribuir a la satisfacción de la necesidad o compensación del déficit percibido. En muchas ocasiones, las personas mayores tienen actitudes de rechazo hacia los servicios psicosociales en general o hacia alguno en concreto, debido a experiencias negativas previas personales o vicarias. Otras veces no perciben que dichos servicios sean capaces de ayudarles en su necesidad concreta y, consecuentemente, tienden a verlos como “un gasto de tiempo y de esfuerzo”. Finalmente, muchas personas mayores tienen percepciones erróneas en relación a la accesibilidad de los servicios, asumiendo que determinados servicios “son muy escasos” y “sería imposible que les tocara a ellos”.

3. Otros factores psicológicos

Otras barreras que pueden llevar a muchas personas mayores a no solicitar determinados servicios tienen que ver con determinados *sentimientos* (vergüenza, frustración, cansancio, impaciencia) o *creencias* (p.ej., “una persona debería poder valerse por sí misma y depender de otros es humillante”) que pueden constituirse en barreras para que una persona pida ayuda formal para solucionar determinados problemas personales. Diferencias individuales o de personalidad (p.ej., el grado de independencia, locus de control, repertorio de estrategias de afrontamiento, etc) que la persona haya mostrado a lo largo de su vida o su grado de extroversión y sociabilidad afectan también decisivamente a la utilización de servicios psicosociales en la vejez. Algunos patrones y normas culturales sobre la familia y la búsqueda de ayuda también influyen de manera decisiva en el proceso. En este sentido, la asunción rígida de la norma del *apoyo filial* podría llevar a algunas personas mayores a asumir y esperar que sus necesidades serán

cubiertas por sus hijos/as, sin necesidad de solicitar la ayuda de "extraños". El miedo a la pérdida de autonomía también puede llevar a muchas personas mayores a intentar retrasar al máximo el momento de recibir ayudas "externas" a su entorno cotidiano. Tener en cuenta estas variables psicológicas a la hora de diseñar y difundir los servicios o enseñar a las personas mayores sus funciones ayudará enormemente en el proceso de optimizar la atención a esta población.

BARRERAS RELATIVAS AL ENTORNO FAMILIAR: EL PAPEL DE LOS CUIDADORES

En el contexto del análisis de las barreras para la utilización de los servicios psicosociales por parte de una persona mayor dependiente, el papel de los cuidadores familiares es fundamental, ya que estas personas, en la mayoría de los casos, determinan en gran medida dicha utilización (o la falta de la misma). De hecho, se ha sugerido la importancia de integrar el perfil psico-sociosanitario de los cuidadores en la valoración de las necesidades de servicios de atención integral de las personas mayores discapacitadas (Llácer, Zunzunegui, y Béland, 1999).

Las mismas barreras señaladas para la persona mayor deberían ser recogidas en este apartado, ya que pueden estar presentes en las personas del entorno familiar de la persona mayor, especialmente en sus cuidadores, cuyo grado de conocimiento de los servicios, y cuya percepción de la necesidad y calidad de los mismos, influyen de forma decisiva en su utilización. Al haberse tratado en el punto anterior, estos factores no serán nuevamente comentados, dedicándose este epígrafe a las barreras específicas que dificultan a los cuidadores la utilización de servicios formales de apoyo.

Un hecho que ha sido señalado repeti-

damente en la literatura es la reticencia que presentan muchos cuidadores a solicitar ayuda psicosocial para atender a sus mayores, a pesar de la aparente necesidad de la misma (Zarit y otros, 1999), dadas las consecuencias que el cuidado plantea tanto sobre su salud física como psíquica (Montorio, Yanguas & Diaz-Veiga, 1999; Schulz, O'Brien y Bookwala, 1995), y los efectos beneficiosos que esta ayuda psicosocial tiene, por ejemplo, sobre los niveles de ansiedad y depresión de los cuidadores (p. ej., Cox, 1997). En este sentido, se ha señalado que las *actitudes* de los cuidadores familiares hacia los servicios comunitarios pueden explicar que los niveles de utilización sean inferiores a lo esperado (Bass, McCarthy, Eckert y Bichler, 1994). Estas actitudes, definidas como sentimientos favorables o desfavorables hacia el uso de servicios, pueden influir sobre si un cuidador utilizará unos servicios, qué servicios utilizará, cuándo los utilizará, la cantidad de servicio que se utilizará una vez iniciado y si un servicio es considerado útil o no (Pedlar y Biegel, 1999). Diferentes investigaciones señalan que algunas de las razones por las que los cuidadores pueden no utilizar servicios de respiro son: no querer dejar al familiar con un extraño, preocupación porque el familiar no se altere o se comporte de forma agitada y problemas de tipo económico (Gwyther, 1994). Habitualmente, los cuidadores de personas con demencia retrasan la utilización de servicios de respiro hasta el momento en que sus familiares llegan a fases avanzadas del trastorno (Gwyther, 1994; Izal y otros, 2001).

El origen de las actitudes de rechazo hacia los servicios de apoyo al cuidador puede ser de tipo cultural (valores y normas compartidos por una sociedad) (Losada, Knight y Márquez, 2003), o deberse al desconocimiento y/o incertidumbre sobre cómo funciona el servicio y cuáles pueden ser las consecuencias de

solicitar tal ayuda. Entre las influencias de tipo cultural que han sido señaladas, destaca especialmente la ya mencionada norma del apoyo filial: la creencia de que uno debe cuidar de su familiar ya que es su responsabilidad y, si delega el cuidado en otros, estaría en disonancia con uno de sus valores personales más importantes. Así, por ejemplo, Pedlar y otros (1999) encuentran que cuanto más favorable sea la actitud del cuidador con respecto a la responsabilidad familiar en el cuidado, menor será el uso que haga de los servicios comunitarios. La norma del apoyo filial se ve claramente reflejada en las culturas latinas (Rodríguez y otros, 1995). En España, una encuesta realizada por el INSERSO (1995) revela un fuerte arraigo de dicha norma en nuestro país, mostrándose el 84% de las personas mayores de 18 años de acuerdo con el aserto "el cuidado de los padres es una obligación de los hijos" y un 92% con "lo mejor que puede hacer uno es ayudar a sus padres ancianos".

También muchos cuidadores asumen la creencia de que son autosuficientes, lo cual se asocia frecuentemente con la concepción de que sólo ellos saben cómo cuidar bien de su familiar y, por lo tanto, no deben pedir ayuda. Además, en muchas ocasiones, las preocupaciones de los cuidadores acerca de la opinión de los demás (el "qué dirán"), les disuaden de utilizar servicios (Arai y otros, 2000). En muchas ocasiones, el temor a que personas extrañas entren en casa o se encarguen de realizar los cuidados de su familiar, el desconocimiento por parte de los cuidadores de qué servicios existen, las expectativas que, por propia experiencia o por experiencia vicaria, tengan sobre la disponibilidad y la accesibilidad a los mismos o el desconocimiento de qué pueden hacer los servicios sociales por ellos, hacen que estos cuidadores rechacen o nieguen la utilización de los mismos. Para Zarit y Pearlin (1993), la asertividad, la controlabilidad y la con-

fianza en los servicios están implicados en la conexión entre cuidado informal y formal. A la hora de enfrentarse con el mundo burocrático de los servicios formales, es necesario que los cuidadores sean asertivos y tengan muy claros sus derechos y necesidades (Lyons y Zarit, 1999). La flexibilidad del servicio o la posibilidad de controlar, por ejemplo, quién lo proporcionará y cuándo o en qué momentos se recibirá, también es una cuestión importante, al igual que la confianza que inspire el mismo y que las personas sientan que sus necesidades han sido comprendidas y están siendo satisfechas. Otras actitudes asumidas por los cuidadores que han sido señaladas como barreras para solicitar servicios psicosociales son, por ejemplo, el *personalismo*, que hace referencia a la confianza en las personas y no en las organizaciones (Rodríguez y otros, 1995), y la creencia de que ellos pueden asumir de manera individual las responsabilidades del cuidado.

En resumen, nos encontramos en un país en el que está altamente enraizada la cultura del "familismo" y del temor a la evaluación social ("qué dirán los demás"), factores que determinan la existencia de una férrea asunción de que se debe cuidar dentro de la misma familia. De esta forma, a pesar de que cada vez es más necesario contar con ayuda para cuidar de los mayores dependientes (p.ej., debido a cambios demográficos importantes como la incorporación de la mujer al mundo laboral), muchos cuidadores continúan aferrándose de forma poco adaptativa a estos valores y, cuando no lo hacen, se encuentran con la presión indirecta de la sociedad (intensamente "familista") que les impide tomar con facilidad la decisión de pedir ayuda formal. De hecho, esta cuestión es señalada como una de las razones por las que probablemente las intervenciones con cuidadores no sean todo lo efectivas que sería deseable, ya que, desde un punto de vista

ideal, resultaría necesario intervenir tanto a nivel particular (con el cuidador) como general (con la familia y la sociedad). Obviamente, la dificultad de optar por solicitar un servicio de ayuda formal será distinta cuando lo que se pretenda sea *sustituir* por completo el apoyo informal por el formal que cuando se trate de *complementar* ambos o potenciar la atención informal a través de los servicios formales, siendo esto último más fácilmente aceptado dentro del ámbito familiar.

BARRERAS RELATIVAS AL ENTORNO SOCIAL

Las normas y valores culturales comentados y, especialmente, los *estereotipos sociales y las creencias negativas* hacia la vejez y las personas mayores están presentes también en el entorno socio-cultural más amplio y actúan como barreras fundamentales para la utilización de los servicios por parte de las personas mayores.

El “edadismo” (del término “ageism”) hace referencia al proceso de discriminación basado en la edad, esto es, a visión peyorativa de los individuos sobre la base de su avanzada edad cronológica (Butler y Lewis, 1982). Se ha distinguido entre un edadismo “paternalista” y condescendiente que infravalora las capacidades de las personas mayores e implica adoptar una actitud “compasiva” de protección basada en la creencia de que las personas mayores “no deberían tener que arreglárselas por ellos mismos”, y un edadismo “negligente”, que surge de una infravaloración de la importancia social de las personas mayores e implica considerar la atención social a este colectivo como menos importante que la atención dirigida a otros grupos de edad. Ambas formas de edadismo minan la autoestima y sensación de autoeficacia de las personas mayores, reducen su estatus y su participación social. Ambas formas de edadis-

mo fomentan los prejuicios acerca de la naturaleza y experiencia de la edad avanzada y proyectan imágenes negativas de los mayores que tienen una poderosa influencia sobre cómo se las percibe y valora y, lo que es más determinante, sobre cómo ellas se ven a sí. Estas imágenes negativas sobre las personas mayores tienden a mantenerse porque las falsas creencias que socialmente imperan sobre la vejez no sólo influyen en el modo en que se trata a las personas mayores, sino también en el modo en que ellas se acaban comportando, “justificando” de este modo la existencia de tales imágenes (Izal y Montorio, 1999). En un sentido aplicado, el edadismo se convierte en una sutil barrera que, obviando las necesidades de las personas mayores, especialmente las que implican la participación y actividad social, favorece, por un lado, la no disponibilidad de servicios y, por otro, dificulta el acceso a los mismos.

Afortunadamente, hay indicios de que las imágenes sociales hacia los mayores van modificándose en un sentido más positivo, reservándose el estereotipo de la vejez para las personas de más edad y con cierto grado de dependencia (Izal y Montorio, 2002).

BARRERAS RELATIVAS AL ENTORNO FORMAL E INSTITUCIONAL

Ya se ha comentado la importancia de la disponibilidad, accesibilidad y adecuación de los servicios de atención psicosocial a las personas mayores y sus familias. A continuación, se analizan algunas barreras que tienen su origen en los profesionales que atienden a las personas mayores, sin que ello quiera significar una atribución de responsabilidad a los mismos, ya que, en realidad, como se verá seguidamente, dichas barreras están más bien relacionadas con la cultura social hacia la vejez, con la estructura y

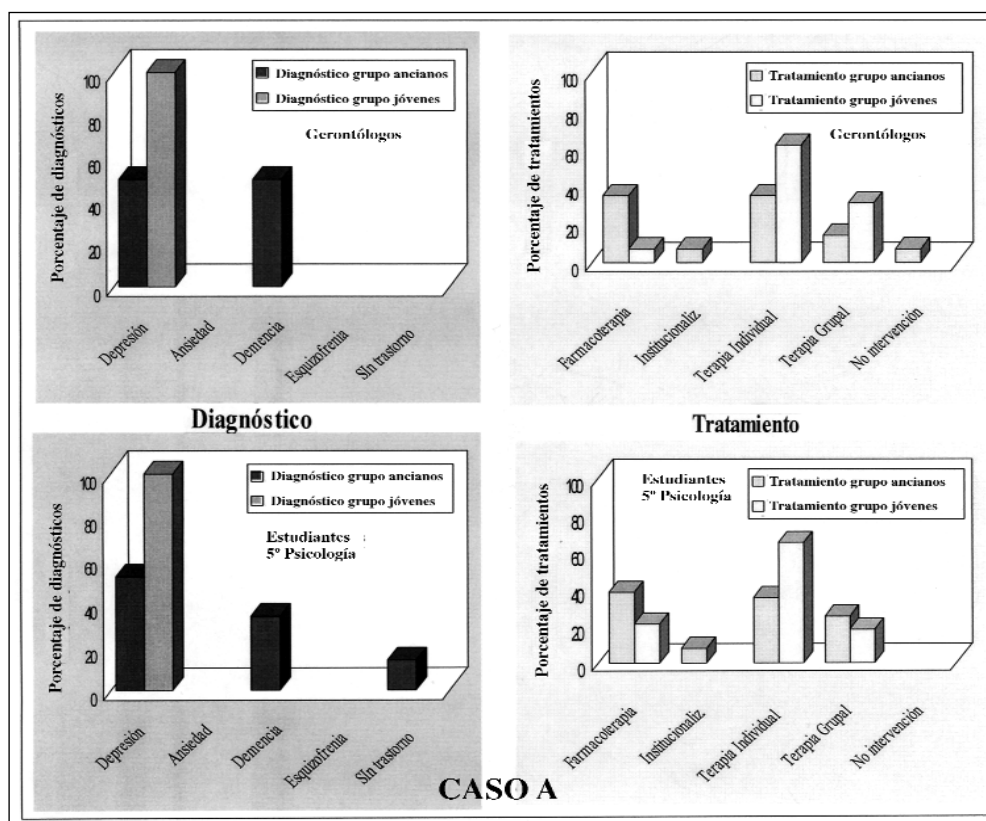
organización de los servicios y con el currículum formativo de los profesionales, aspectos que escapan en gran medida al control directo de estas personas.

1. Estereotipos de los profesionales

El "edadismo" comentado en el apartado anterior puede afectar a los diversos profesionales que atienden a personas mayores. En este sentido, la creencia de que los tratamientos son inapropiados e ineficientes en la vejez refleja un extendido pesimismo acerca de la posibilidad de cambio y de mejoría en esta edad: el denominado "nihilismo terapéutico" en relación con la vejez y sus problemas. Aunque esta visión debe razonarse con algunos argumentos profesionales y hechos reales relacionados con el proceso de envejecimiento (Gatz y Pearson, 1988), la realidad es que muchas personas mayores, incluso con importantes pérdidas o limitaciones relacionadas con la edad, mantienen el sentido de la independencia, la autonomía y la vitalidad. Los estereotipos edadistas mantenidos por los profesionales contribuyen a que estas capacidades se hagan invisibles y se enmascaren tras sus limitaciones. Los propios psicólogos cuya área de especialización es la psicología clínica mantienen, con cierta frecuencia, unas expectativas negativas en torno a la posibilidad de cambio de las personas de edad avanzada, a quienes atribuyen características tales como "rigidez mental", "dificultad para modificar hábitos de comportamiento", "apatía", "tozudez" y "pasividad" (Shmotkin, Eyal y Lomranz, 1992).

Un estudio realizado en nuestro país (Montorio e Izal, 1994), refleja muy bien la presencia del edadismo entre los profesionales. En el estudio, dos grupos de sujetos (86 estudiantes de 5º de Psicología y 64 profesionales especializados en el área de la vejez -médicos y psicólogos). se enfrentaron individualmente a

tres casos clínicos que describían sintomatología psicopatológica (utilizando para ello el DSM-III-R). La tarea consistía en emitir un diagnóstico y recomendar el tratamiento más apropiado en cada caso. Aunque se facilitaron a todos los sujetos las mismas descripciones clínicas, a la mitad de cada uno de los dos grupos se les informaba de que dos de los casos pertenecían a sujetos jóvenes, mientras que a la otra mitad se comunicó que los dos mismos casos correspondían a personas mayores. Por tanto, todas las personas juzgaron los mismos comportamientos, variando tan sólo la edad de los casos clínicos valorados. El tercer caso funcionaba como control y describía una persona de edad intermedia (55 años). A todos los participantes se les pidió que analizaran los tres casos clínicos sin informarles, lógicamente, del objetivo real de la tarea. Los resultados de este estudio, mostraron en primer lugar que, con respecto al caso control, existía un perfil similar entre el grupo de personas que debían diagnosticar y recomendar intervenciones a personas mayores y el grupo de los que debían hacerlo con jóvenes (tanto en el grupo de profesionales especialistas en vejez como de estudiantes de psicología), por lo que cabe afirmar que, a priori, ambos grupos -personas que diagnostican personas mayores y jóvenes- son equivalentes en cuanto a su sesgo o no sesgo clínico. Con respecto al caso clínico A (figura 2), se observa que cuando el juicio debe emitirse sobre una persona mayor, la mitad de los evaluadores consideraban que es apropiado un diagnóstico de demencia y la otra mitad de depresión, mientras que, si se trata de diagnosticar a una persona joven, existe unanimidad al atribuir un diagnóstico de depresión. Además, se recomiendan con mayor frecuencia fármacos e institucionalización para las personas mayores, mientras que para los jóvenes se sugiere principalmente psicoterapia. Los resultados del caso clí-

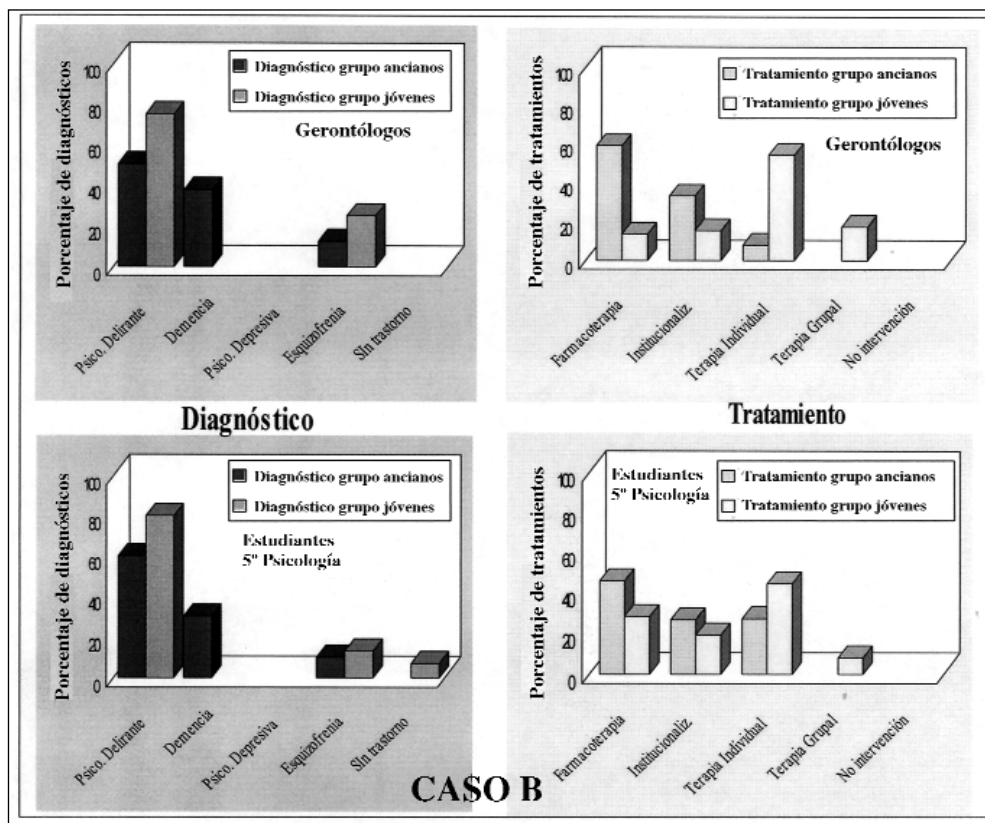
Figura 2. Edadismo: actitudes hacia las personas mayores

nico B, muestran que, paralelamente a lo sucedido en el caso anterior, cuando se evalúa a personas mayores, éstas son diagnosticadas en un 40% de demencia, mientras que ningún joven recibe este mismo diagnóstico (figura 3). Además, nuevamente se recomiendan con mayor frecuencia fármacos e institucionalización para las personas mayores, en detrimento de terapias psicológicas. En todos los casos, las diferencias entre grupos que juzgaban a casos de personas mayores y jóvenes alcanzaban significación estadística.

A partir de los resultados anteriores puede señalarse que los profesionales de la atención a los mayores y los futu-

ros profesionales de la psicología e incluso la gerontología mantienen en cierto grado actitudes "edadistas", esto es, que utilizan con frecuencia como criterio para su práctica clínica la edad del paciente en detrimento de otros criterios más objetivos y sustanciales, tendiendo a juzgar si una conducta tiene una base orgánica o no en función de la edad de la persona que evalúan. Ya se apuntó la ausencia de conocimientos sobre la vejez como una causa que mantiene actitudes edadistas. Si bien parece claro que la falta de conocimientos puede favorecer su aparición, no puede ser ésta la única razón, puesto que los resultados de este trabajo muestran cómo incluso profesionales

Figura 3. Edadismo: actitudes hacia las personas mayores



que trabajan en esta área pueden ser partícipes de esta actitud. Estos resultados son consistentes con los encontrados en trabajos anteriores, como, por ejemplo, el de German y otros (1987), quienes encontraron que los médicos de atención primaria eran muy precisos en el reconocimiento de problemas psicológicos en los pacientes más jóvenes, pero con cierta frecuencia pasaban por alto la existencia de problemas en los pacientes de más edad. Si bien el diagnóstico es más difícil con personas mayores porque los síntomas se enmascaran o confunden con manifestaciones físicas de enfermedad y porque, probablemente, las personas mayores tienen más dificultades para plantear sus sin-

tomas y problemas psicológicos, el edadismo puede llevar a los profesionales a considerar "normal" cierto grado de malestar psicológico en la edad avanzada. Un dato significativo en este sentido es cuando las personas mayores acuden a servicios de salud mental, tienen más probabilidades que los jóvenes de que la atención que se les presta dure menos, que la terapia recibida sea farmacológica -por oposición a psicoterapia- y de abandonar prematuramente el tratamiento (Belsky, 2001).

En definitiva, parece claro que los profesionales pueden utilizar la edad como un indicador para explicar el comportamiento, variando el diagnóstico y las

recomendaciones para el tratamiento de las personas mayores en comparación con adultos de menor edad (Montorio e Izal, 1994). La reducción y superación de los sesgos edadistas en los profesionales debe ser un objetivo claro de la optimización de la atención a las personas mayores, dado que se ha contrastado en múltiples ocasiones que cuando estas personas detectan actitudes positivas por parte de los profesionales, la probabilidad de éxito de distintos tipos de intervención aumenta (Reed, Beall y Baumhover, 1992).

2. Formación de los profesionales

Una insuficiente formación de los profesionales, tanto de médicos generales, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería, en relación con la vejez y el envejecimiento, es otra barrera reiteradamente analizada. Los médicos generalistas son generalmente los primeros profesionales de la salud a los que recurren las personas mayores y sus familiares con una gran variabilidad de problemas, pero que, debido a una formación limitada en relación con la edad avanzada y las formas en que se manifiestan algunos de sus problemas, especialmente, de salud mental, es probable que no realicen una evaluación, diagnóstico y orientación adecuada. Esta es una de las causas de la insuficiente detección de problemas de salud mental en las personas mayores y de la convenientemente documentada falta de remisión a especialistas (Feinson, 1990).

La insuficiente formación en problemas de tipo psicológico en la vejez se extiende igualmente al resto de los profesionales de la salud con consecuencias muy diversas. Un fenómeno que se ha relacionado con ello es la escasa aceptabilidad de los tratamientos psicológicos por parte de profesionales de la salud, en

beneficio de tratamientos farmacológicos ante problemas de conducta (Burgio, Sinnott, Janosky y Hohman, 1992). En un estudio realizado por los autores con profesionales de la salud y los servicios sociales de la red de atención sociosanitaria a los cuidadores de personas mayores dependientes, se encontró que una gran proporción de los profesionales considera necesaria una mayor formación para orientar a familiares de las personas mayores dependientes (Izal, Losada, Márquez y Montorio, 2003).

Los propios profesionales de la psicología también acusan esta falta de formación. El área de vejez no constituye una especialidad en psicología, a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, con el área infantil (p. ej., la tradicional especialidad en psicología educativa y de la infancia), ni tampoco es una materia a la que generalmente se haya prestado una suficiente atención en los currícula tradicionales, si bien la modificación de los planes de estudio de los últimos años ha ido incorporando algunas asignaturas sobre envejecimiento. Ante esta carencia, se han realizado propuestas para distintos niveles de formación (licenciatura, doctorado, postgrado, etc.). Por ejemplo, se han propuesto modelos de formación con centros gerontológicos universitarios como base de formación de alumnos de psicología de distintos niveles. Teniendo en cuenta diferentes propuestas realizadas sobre la formación de los psicólogos en el área de la vejez, en el cuadro 1 se presenta una síntesis de posibles contenidos relevantes para tal formación (Izal y Montorio, 1999).

Recientemente la APA (*Asociación Americana de Psicología*) ha publicado un manual abreviado que recoge los aspectos básicos de la práctica profesional con personas mayores, incluyendo desde cuestiones técnicas hasta aspectos éticos (Abeles, 1997), del mismo modo que previamente se había editado una guía de orientación para la formación de profesionales en salud mental con personas

Cuadro 1
CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS
ESPECIALISTAS EN EL ÁREA DE VEJEZ

1. Desarrollo y envejecimiento normal: envejecimiento normal, patológico y óptimo, diferencias y cambios debidas a la edad, etc.
2. Biología del envejecimiento, geriatría y psicofarmacología.
3. Aspectos generales y específicos de evaluación psicológica de personas mayores de diversos aspectos, incluyendo evaluación neuropsicológica.
4. Psicopatología y envejecimiento.
5. Psicología de la salud y envejecimiento.
6. Intervenciones psicológicas con personas mayores incluyendo prevención, tratamiento y rehabilitación en diferentes contextos de trabajo: visitas a domicilio, servicios comunitarios, residencias, etc.
7. Entrenamiento para trabajar en medios interdisciplinarios.
8. Entrenamiento en diversos roles profesionales: consulta, educación y supervisión.
9. Sistemas de atención y servicios a las personas mayores: sanitarios, salud mental, servicios sociales, servicios para los mayores, cuestiones legales y ética.
10. Evaluación e intervención ambiental en los diferentes contextos en los que se ubican las personas mayores.
11. Metodología de evaluación de programas.

Reproducido de M. Izal e I. Montorio (1999). *Gerontología Conductual*. Madrid: Síntesis.

mayores (Knight, Teri, Wohlford y Santos, 1995). La importancia de una adecuada formación de los profesionales de atención a las personas mayores ha sido contemplada en la Resolución del 11/03/98 del Parlamento Europeo sobre la enfermedad de Alzheimer, una de cuyas principales recomendaciones es precisamente la previsión de cursos de formación destinados específicamente al personal *para-sanitario*, mediante cursos parauniversitarios o formaciones cortas, así como el establecimiento de directrices para la formación del personal (médico y paramédico) que atiende a los enfermos de Alzheimer.

3. Características personales de los profesionales

Especialmente en el ámbito de la psicología clínica, la coincidencia en género

entre profesional y cliente parece facilitar la relación terapéutica y la apertura del paciente para dar información, especialmente si ambos son mujeres. También se ha considerado que el habitualmente inferior estatus social (logro académico y profesional) de los usuarios en relación a los profesionales puede dificultar una comunicación natural entre ellos (Wisocki, 1991). Otro factor hace referencia al "estilo de práctica profesional". La confianza y satisfacción con el servicio es mayor cuando el terapeuta emplea lo que se ha denominado estilo "tecnológico-personalizado", en el que, además de contemplar los aspectos de la eficacia de los tratamientos en términos absolutos (aspectos tecnológicos), también se consideran las diferencias individuales de las personas mayores, sus expectativas acerca del tratamiento y el funcionamiento de su entorno familiar. Evidentemente, no todos los profesionales pueden, saben o

están dispuestos a emplear este estilo, ya que ello supondría flexibilizar su práctica profesional individualizando y adaptando las intervenciones y, por tanto, dedicar un tiempo significativamente mayor al habitual, especialmente cuando se trata de un grupo de personas que, como promedio tienen una latencia de respuesta mayor y pueden responder de manera relativamente tangencial a las cuestiones que se les plantean. En este sentido, algunos profesionales tienen cierto recelo o rechazo a tener como usuarios a este grupo de personas. Es plausible que algunos profesionales sean reacios a tratar a las personas mayores porque, en ocasiones, facilitar una respuesta completamente adecuada a los problemas que éstos presentan les obligaría a alejarse de las actividades tradicionales correspondientes para las que creen haberse formado (proporcionar ayuda puramente psicológica, médica, etc.), les exigiría dedicarse a tareas de "administración social", convirtiéndose en algo parecido a un defensor de sus intereses y su fragilidad y les obligaría a ayudarles a afrontar los pormenores concretos de la vida. En el estudio anteriormente citado llevado a cabo con profesionales que atienden a los cuidadores de personas mayores dependientes, que presentan ellos mismos diferentes problemas de salud, sociales y económicos, se encontró que una gran proporción de tales profesionales consideraban que gran parte de las necesidades y demandas planteadas por los cuidadores en sus servicios "no eran de su competencia" (Izal y otros, 2003).

Otra razón posible para esta actitud de recelo de los profesionales hacia el tratamiento de pacientes mayores tiene que ver con el miedo a tratar a las personas mayores porque pueden provocarles emociones dolorosas: les hace plantearse su propia vejez, genera sentimientos ambivalentes respecto a sus padres, les hace sentirse incompetentes por tratar a personas que tienen muchos más años

que ellos mismos o pueden estar carentes de las habilidades necesarias para tratar a las personas de este grupo de edad (Belsky, 2001).

CONCLUSIONES

En este trabajo se han revisado algunas barreras fundamentales para la utilización de servicios por parte del grupo de población de más edad, especialmente de las personas mayores dependientes y de aquellas personas mayores con necesidades relacionadas con la salud mental. En claro contraste con la ampliamente desarrollada línea de atención sanitaria con que la sociedad hace frente a las necesidades de salud física de esta población, la línea de atención psicosocial a las personas mayores es aún deficitaria, siendo numerosos y variados los factores que contribuyen a esta falta de desarrollo.

En la explicación de los patrones de utilización de los servicios psicosociales en nuestro país, un hecho básico del que hay que partir es la limitación clara en la oferta de servicios específicamente dirigidos a la satisfacción de las necesidades psicosociales de esta población. De esta forma, el aumento de la disponibilidad, accesibilidad y adecuación (diversidad, flexibilidad, complementariedad) de los servicios y programas que atiendan tales necesidades es una primera y obvia recomendación.

Se ha analizado también la existencia de otros factores procedentes de la propia persona mayor y su entorno familiar que, sin ser menos importantes, han recibido menos atención en la literatura. De forma especial, se ha analizado cómo determinados valores, actitudes y normas culturales como la del *apoyo filial*, por la que se asume que las necesidades psicológicas y sociales de los mayores han de ser preferentemente cubiertas en su entorno familiar inmediato, pueden

obstaculizar la utilización de los servicios psicosociales, ya que las familias intentan retrasar al máximo la intervención de otros agentes externos (*"extraños"*) en lo que debe ser de exclusiva responsabilidad suya. En una sociedad como la nuestra, en la que cada vez es más necesario contar con ayuda externa para cuidar de los mayores dependientes (más personas mayores y menor disponibilidad de cuidadores familiares), parece necesario trabajar para que se produzca, tanto en los cuidadores como en la sociedad, un giro hacia actitudes más tolerantes con la búsqueda de ayuda fuera del entorno familiar, que sustituyan a creencias del tipo de "sólo yo debo cuidar de mi familiar, ya que es mi padre" o "si pido ayuda soy una mala hija". Probablemente, pueden diseñarse estrategias sociales que aceleren este proceso de "cambio actitudinal", si bien pueden existir serias reticencias político-económicas y culturales para que ello sea así.

Otra de las barreras señaladas ha sido la presencia de estereotipos edadistas y concepciones negativas acerca del envejecimiento mantenidas por las propias personas mayores y sus familias, que pueden interferir en la utilización de los servicios psicosociales, obstaculizando la percepción de las necesidades psicológicas de la persona mayor y determinando expectativas negativas acerca de su posible satisfacción. En este sentido, se recomienda trabajar por una mayor difusión a nivel social y profesional del conocimiento sobre el proceso de envejecimiento que permita ir modificando esta visión negativa de la vejez y estimule la tan deseable sustitución progresiva de las expectativas negativas respecto a esta población por expectativas positivas basadas en una confianza básica en la posibilidad de cambio positivo en la vejez. Una ampliación del conocimiento sobre las características y situación de estas personas permitirá asimismo diseñar y desarrollar políticas asistenciales

más adecuadas a sus necesidades reales, evitando así los posibles gastos innecesarios que supone la falta de oferta asistencial apropiada.

Aplicado al campo de la salud mental, muchas personas mayores obtendrían la ayuda que precisan si los responsables de la salud mental verdaderamente fomentaran una educación de la persona mayor, de los profesionales que están en el primer nivel de atención y del público en general que les inculcara que los problemas emocionales en la vejez son tratables, y se obtuviera de los organismos públicos el compromiso de convertir la salud mental de las personas mayores en una prioridad. En el ámbito formal, y de cara a la superación de los estereotipos edadistas que pueden afectar a los profesionales de la atención psicosocial a las personas mayores, se recomienda la potenciación de la formación clínica especializada y supervisada que contribuya a un cambio de actitudes, orientado a realizar diagnósticos y tratamientos más acordes a la información obtenida, y que incluya la experiencia profesional directa con personas de edad avanzada, ya que este ha demostrado ser un factor potenciador de actitudes positivas hacia la vejez, al aportar una visión basada en el individuo y no en un grupo previamente etiquetado.

Asimismo, el reconocimiento por parte de los profesionales de la interdisciplinariedad inherente al ámbito de atención a la vejez es el primer y fundamental paso hacia la consecución de un mayor acercamiento y una mayor coordinación entre los distintos niveles de atención y redundaría en un incremento de la calidad de la red integral de servicios asistenciales a estas personas. En nuestro país, la coordinación entre niveles asistenciales es una de las líneas directrices del Plan Gerontológico Estatal: Plan de acción 2000-2005 y de actuaciones derivadas de éste, tales como el Plan de Atención a las Personas Mayores (INSALUD, 1999), así

como una de las principales recomendaciones del Parlamento Europeo en su Resolución del 11/03/98 sobre la enfermedad de Alzheimer, en la que se pide a los estados miembros que promuevan la coordinación y cooperación entre servicios sociales y de salud. Así, es necesario lograr la colaboración intersectorial de todas las administraciones asistenciales sanitarias y sociales, de cara a configurar un esquema de servicios que permita una atención integral (que atienda a la diversidad de necesidades), interdisciplinar (que promueva la participación de los diferentes profesionales implicados) y rehabilitadora (que permita o facilite la reintegración de las personas a su entorno cotidiano) (Núñez, 1999).

Del mismo modo, es recomendable instaurar la idea de que se necesitan nuevos contextos para la intervención psicológica. Hay que plantear las intervenciones en "ambientes naturales": el domicilio de la persona mayor, el centro comunitario, el centro de salud, la residencia, etc., lugares familiares y accesibles a las personas mayores y que deben incluirse en el "área de influencia" del psicólogo (Teri y Logsdon, 1992). Esto evitaría, al menos en parte, la aprensión y/o estigmatización asociada a los servicios de atención psicológica por parte de las personas mayores, contribuyendo a eliminar algunas ideas erróneas acerca de ellos. Asociados a esta nueva perspectiva de intervención, se han llevado a efecto en centros comunitarios programas intergeneracionales, programas para el fomento de la autonomía, de la autoestima, de las relaciones sociales y del apoyo social, programas para cuidadores, grupos de personas viudas y programas de preparación a la jubilación (Izal y Montorio, 1999).

Del análisis realizado se desprende la importancia esencial de considerar a los cuidadores como objetivos esenciales de la política asistencial (cuidador como cliente, frente a cuidador como mero

recurso sociosanitario, en la terminología de Twigg y Atkin, 1994) y de destinar recursos a la superación de las barreras presentes en este colectivo, que es, en la mayoría de las ocasiones, el principal mediador entre la red de servicios psicosociales y las personas mayores dependientes. Además, el principio de acción sociosanitaria que impera en Europa a raíz de hitos como Consejo de Europa (1997) o la 6ª Reunión de Ministros de Salud de Europa (1999), es el principio de "envejecer en casa", cuyo objetivo fundamental es favorecer que la atención a las personas mayores se oriente hacia sus domicilios, esto es, se realice en el seno de la comunidad o entorno habitual de estas personas (Defensor del Pueblo, 2000). De este modo, atender a los cuidadores y hacer frente a los obstáculos que éstos puedan encontrar para utilizar los servicios psicosociales que la comunidad ofrece se convierte en una tarea prioritaria en la administración y el desarrollo de la red de asistencia a las personas mayores (García-Calvente, 2000). En este sentido, se puede trabajar en la dirección de modificar actitudes de rechazo hacia los servicios presentes en las personas mayores y sus familiares, instruyéndoles en sus funciones y utilización, mediante métodos didácticos específicos que vinculen adecuadamente los servicios formales a sus potenciales beneficiarios.

Caminar hacia la mejora de la calidad de la atención integral de la atención a las personas mayores implica luchar para superar los distintos tipos de barreras detectadas para la utilización de servicios psicológicos y sociales. Afortunadamente, la sociedad empieza a caminar en la dirección apropiada y se podría afirmar que se va instalando de manera efectiva en nuestro país el debate sobre la dependencia y la necesidad de avanzar en un nuevo marco de protección social, tal y como ha ocurrido en años anteriores en otros países (p. ej., Austria, Alemania, Francia y Luxemburgo)

(Fernández, 2000). El documento que recoge el Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla la Mancha (Dirección General de Servicios Sociales, 1998) es un buen ejemplo de este importante avance, con su énfasis en la necesidad de racionalizar la utilización de los recursos disponibles, buscando el máximo nivel de eficiencia y adecuación de las actuaciones a las necesidades reales y específicas de las personas mayores. Para ello, entre otras cuestiones, se propone diversificar la oferta de servicios y establecer procesos de información, investigación y participación social que garanticen el acceso a los mismos, su calidad y la adecuación a las necesida-

des reales de las personas mayores. Una de las actuaciones incluidas en este plan consiste en el diseño específico de programas de salud mental dirigidos a las personas mayores.

Este trabajo ha pretendido ser un ejercicio de reflexión y análisis acerca de la situación actual de la atención psicosocial a las personas mayores, reflexión que asumimos como primer paso y necesaria guía de cualquier intervención en el ámbito de la atención a las personas mayores, si es que ésta pretende aportar mejoras reales y adecuadas en la calidad de la atención integral que la sociedad ofrece a estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeles, R.P. (1997). *What practitioners should know about working with older adults*. Washington: American Psychological Association.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Arai, Y., Sugiura, M., Miura, H., Washio, M. y Kudo, K. (2000). Undue concern for others' opinions deters caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(10), 961-968.
- Bass, D.M., Looman, W., & Ehrlich, P. (1992). Predicting the volume of health and social services: Integrating cognitive impairment into the modified Andersen Framework. *The Gerontologist*, 32, 33-43.
- Bass, D.M., McCarthy, C., Eckert, S., & Bichler, J. (1994). Differences in services attitudes and experiences among families using three types of support services. *American Journal of Alzheimer's care and Related Disorders & Research*, 9, 28-38.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Burgio, L.D., Sinnott, J., Janosky, J.E. y Hohman, M.J. (1992) Physicians' acceptance of behavioral treatments and pharmacotherapy for behavioral disturbances in older adults. *The Gerontologist*, 32, 546-551.
- Butler, R. N. & Lewis, M. I. (1982). *Aging and mental health* (3rd ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Cox, C. (1997). Findings from a statewide program of respite care: A comparison of service users, stoppers, and nonusers. *The Gerontologist*, 37, 511-517.
- Davey, A., Femia, E.E., Shea, D.G., Zarit, S.H., Sundström, G., Berg, S. y Smyer, M.A. (1999). How Many Elders Receive Assistance?. A Cross-National Comparison. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 199-220.
- Defensor del Pueblo (2000). *Informes, estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Publicaciones.
- Dirección General de Servicios Sociales (1998). *Plan de Atención a las Personas Mayores de Castilla la Mancha*. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- Feinson, M.C. (1990). Underutilization of community mental health services by elders: Examining policy barriers. *Medicine and Law*, 9, 1044-1051.
- Fernández, J.N. (1999). El coste de la dependencia. En F.J. Leturia, J.J. Yanguas y M. Leturia (Coords.), *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. Lasarte-Oria: Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Fernández, J.N. (2000). Políticas sociales en una sociedad envejecida: la evolución de la Seguridad Social y los servicios sociales para mayores en el siglo XX. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Franco, M.A. y Monforte, J.A. (1996). ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En Calcedo Barba A. *La Depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales* (pp. 19-44). Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología.
- García Calvente (2000). *El Sistema Informal de Atención a la Salud*. Conferencia impartida en el XXIX Congreso Nacional Ordinario de Pediatría. Tenerife.
- Geriatría XXI (2000). *Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: Editores Médicos.
- German, P.S., Shapiro, S., Skinner, E.A., Von Korff, M., Klein, L., Turner, R. W. y otros (1987). Detection and management of mental health problems of older patients by primary care providers. *Journal of the American Medical Association*, 257, 489-493.
- Gill, C., Hinrichsen, G.A., & DiGiuseppe, R. (1998). Factors associated with formal service use by family members of patients with dementia. *Journal of Applied Psychology*, 17, 38-52.
- Guillemard, A.M. (1990). *Analyse Comparée des Politiques de la Vieillesse en Europe*. Madrid: Instituto Universitario de Sociología de Nuevas Tecnologías: Universidad Autónoma de Madrid.
- Guillemard, A.M. (1992). *Análisis de las políticas de Vejez en Europa*. INSERSO.
- Gwyther, L.P. (1994). Service delivery and utilization: Research directions and clinical implications. En E. Light, G. Niederehe y B. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients: research and interventions*. New York : Springer Pub.

- Horgas, A. L., Wahl, H. W., & Baltes, M. M. (1996). Dependency in late life. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 54-75). Newbury Park, CA: Sage.
- INSALUD (1999). *Programa de Atención a las Personas Mayores*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- INSERSO. (1990). *Salud y asistencia sanitaria*. Madrid: INSERSO.
- INSERSO (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: INSERSO.
- IMERSO (1999). *Vejez y Protección Social a la Dependencia en Europa*. Madrid: IMERSO.
- Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Izal, M. y Montorio, I. (2002). Psicología del Envejecimiento. Estabilidad, Cambio y Adaptación. En A. Moreno. *Psicología del Desarrollo II*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Izal, M., Losada, A., Márquez, M. y Montorio, I. (2003). Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario de atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(4), 203-211.
- Izal, M.; Montorio, I.; Márquez, M.; Losada, A. y Alonso, M. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*, 10(1), 23-40.
- Jouvenel, H.D. (1989). Le vieillissement démographique en Europe. Tendances et enjeux à l'horizon 2025. *Futuribles*, 129(30), 53-113.
- Knight, B.G. y Satre, D.D (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 188-203.
- Knight, B.G., Rickards, L., Rabins, P., Buckwalter, K., & Smith, M. (1995). Community-based services for older adults: A role for psychologists? En B. Knight, L.Teri, P. Wohlford, & J. Santos (Eds.). *Mental health services for older adults: Implications for training and practice in geropsychology* (pp. 21-29). Washington DC: American Psychological Association.
- Knight, B.G., Teri, L., Wohlford, P. y Santos, J. (1995). *Mental Health Services for Older Adults : Implications for Training and Practice in Geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kosloski, K. y Montgomery, R. (1991). *Incorporating the nature of the informal caregiving relationship into models of formal service use*. Presented at the 44th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.
- Lewinsohn, P. M., y Teri, L. (Eds.). (1983). *Clinical geropsychology: New directions in assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Lieberman, M.A. y Fisher, J. (1998). Predicting utilization of community services for patients and families with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4, 219-234.
- Llácer, A., Zunzunegui, M.V. y Béland, F. (1999). Conocimiento, uso y previsión de servicios sanitarios y sociales de apoyo al cuidador de personas mayores con incapacidades. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, 34-43.
- Logsdon, R.G. y Teri, L. (1995). Depression in Alzheimer's disease patients: Caregivers as surrogate reporters. *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol 43 (2), 150-155.
- Losada, A., Knight, B.G. y Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(2), 116-123.
- Lyons, K., y Zarit, S. (1999). Formal and informal support: The great divide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 183-196.
- Maravall, H. (1999). *Hacia una política integral de protección a las personas mayores dependientes*. I Congreso Estatal de Personas Mayores. Madrid: IMERSO.
- Minear, M., y Crose, R (1996). "Identifying barriers to services for low-income frail elders." *Journal of Gerontological Social Work* 26 (3/4): 57-64.
- Montgomery, R.J.V. y Kosloski, K. (1995). Respite revisited: Re-assessing the impact. En P.R. Katz, R.L. Kane y M.D. Mezey (Eds.), *Quality Care in geriatric settings* (pp. 47-67). New York: Springer.
- Montorio, I. (1999). Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. En Yanguas, J., Leturia, P. y Leturia, M. (eds.). *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. Guipuzcoa: Publicaciones de la Diputación.
- Montorio, I. e Izal, M. (1994). *Actitudes hacia la vejez: Su influencia sobre el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento*. Trabajo presentado al

- IV Congreso de Evaluación Psicológica. European Association of Psychological Assessment. Santiago de Compostela.
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada y Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapre Medicina* 12(1), 19-26.
- Montorio, I., Yanguas, J. y Díaz-Veiga, P. (1999). El cuidado del anciano en el contexto familiar. En M. Izal e I. Montorio (Eds), *Gerontología Conductual. Bases para la Intervención y Ámbitos de Aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Mossey, J.M., Knott, K. y Craik, R. (1990). The Effects of Persistent Depressive Symptoms on Hip Fracture Recovery. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 45:M163-M168.
- Núñez, A. (1999). La atención sociosanitaria a las personas mayores. I Congreso Estatal de Personas Mayores. Madrid: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Documentos básicos de la OMS: Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Autor.
- Pedlar, D.J. & Biegel, D.E. (1999) The impact of family caregiver attitudes on the use of community services for dementia care. *Journal of Applied Gerontology*, 18(2), 201-221.
- Pérez, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid: IMSERSO.
- Pérez-Poza, A., Carrero, P., Hermida, I., Nerín, C., Pérez-Poza, P., Civeira, J.M., Pelegrín, C. y Salván, R. (1997). Urgencias psicogerítricas: patrones de uso en Zaragoza. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32(2), 75-80.
- Reding, M., Haycox, J. & Blass, J. (1985). Depression in patients referred to a dementia clinic: A three-year prospective study. *Archives of Neurology*, Vol 42 (9), 894-896.
- Reed, C. C., Beall, S. C., & Baumhover, L. A. (1992). Gerontological education for students in nursing and social work: Knowledge, attitudes, and perceived barriers. *Educational Gerontology*, 18, 625-636.
- Regier, Darrel A., Boyd, J.H., Burke, J.D. y Rae, D.S. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Ribera, D. y Reig, A. (1989). Prevalencia de los estados depresivos en ancianos y sus determinantes psicosociales. *Geriatría*, 5(7), 34-43.
- Rodriguez, O. y Mahard, R. (1995). Help-Seeking and Use of Mental Health Services by the Hispanic Elderly. En D.K. Padgett (Ed), *Handbook on ethnicity, aging, and mental health*. (pp. 165-184). Westport, CT, US: Greenwood Press.
- Sancho, T. y Rodriguez, P. (1999). Programas y servicios para personas mayores. En: M. Izal e I. Montorio. *Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Schulz, R., O'Brien, A.T, Bookwala, J. (1995) Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, Vol 35(6), 771-791.
- Teri, L. y Logsdon, R.G. (1992). The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 29(1), Special Issue: The future of psychotherapy, pp. 81-87.
- Twigg, J. y Atkin, K. (1994). *Carers Perceived. Policy and practice in informal care*. Philadelphia: Open University Press.
- Vinuesa, J. y Abellán, A. (1993). El envejecimiento demográfico. En R. Puyol Antolín, J. Vinuesa y A. Abellán (Eds.): *Los grandes problemas de la población*. Madrid: Síntesis.
- Wisocki, P.A. (1991). *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*. Nueva York: Plenum Press.
- Zarit, S.H., Stephens, M.A.P., Townsend, A., Greene, R. y Leitsch, S.A. (1999). Patterns of Adult Day Service Use by Family Caregivers: A Comparison of Brief versus Sustained Use. *Family Relations*, 48(4), 355-361.
- Zarit, S.H., y Pearlin, L.I. (1993). Family caregiving: Integrating informal and formal systems of care. In S.H. Zarit, L.I. Pearlin, & K.W. Schaie (Eds.), *Caregiving systems: Informal and formal helpers* (pp. 155-170). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

