

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 14

Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención.

Autor: Losada Baltar, Andrés

Filiación: Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Contacto: andres.losada@uam.es

Fecha de creación: 19-04-2004

Para citar este documento:

LOSADA BALTAR, Andrés (2004). "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 14. [Fecha de publicación: 28/02/2004].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención.

Introducción

El edadismo hace referencia al mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una persona únicamente por el hecho de ser mayor (Butler, 1969; Palmore, 1990), aunque también se habla de un edadismo positivo que, aunque menos común, se plantea como no dañino para las personas mayores (Palmore, 1999).

Palmore (1990), autor que ha escrito abundantemente sobre el edadismo, señala las características básicas de los estereotipos que forman la base del edadismo. De acuerdo con este autor, algunas de ellas son:

1. El estereotipo proporciona una visión altamente exagerada de unas pocas características.
2. Algunos estereotipos son inventados o no tienen base real, y se valoran como razonables debido a su relación con algunas tendencias de comportamiento que tienen alguna parte de verdad.
3. En un estereotipo negativo, las características positivas se omiten o no son suficientemente declaradas.
4. Los estereotipos no reflejan las tendencias compartidas por la mayoría u otras características positivas de las personas.
5. Los estereotipos no proporcionan ninguna información sobre la causa de las tendencias que se señalan.
6. Los estereotipos no facilitan el cambio.
7. Los estereotipos no facilitan la observación de la variabilidad interindividual, siendo esto especialmente importante en el caso de las personas mayores, dadas las amplias diferencias entre unas y otras personas mayores.

El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo (Butler, 1980; Stallar y otros, 2002). Este tipo de actitudes está presente en la sociedad occidental actual (Palmore, 2001), probablemente incluso en mayor medida que el sexismo y el racismo, aunque es mucho más difícil de detectar (Levy y Manaji, 2002a), y pueden ser mantenidas incluso en mayor medida por las propias personas mayores (González y otros, 1990), aunque hay estudios que indican lo contrario (Molina, 2000) . Por lo tanto, son necesarios esfuerzos tanto por parte de investigadores como de profesionales de los servicios implicados en la atención a este colectivo para afrontar las consecuencias que el mantenimiento de este tipo de actitudes plantea a las personas mayores en particular, y a la sociedad en conjunto (de Mendonça y otros, 2003). Algunas asociaciones, como por ejemplo la Asociación Americana de Psicología, ya han incluido como parte de su política de actuación la importancia de intervenir sobre las actitudes edadistas de los profesionales que la componen (APA, 2003).

La discriminación hacia las personas mayores tiene tanto un componente cognitivo como un componente conductual y otro emocional. Los sesgos edadistas favorecen una descripción de las personas mayores basada fundamentalmente en rasgos negativos por lo que puede fomentar la realización de prácticas profesionales discriminatorias (Montoro, 1998; Perdue y Gurtman, 1990). Por lo tanto, toda acción dirigida a reducir su impacto ha de considerar ambos componentes si pretende ser eficaz.

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

A pesar del hecho de que es en el grupo de las personas mayores en el que se encuentran mayores porcentajes de discapacidad y de dependencia (IMSERSO, 2002), y de que es en esta etapa de la vida en la que se produce un mayor número de pérdidas y dificultades que afectan tanto a la salud de las personas mayores como a la red social de apoyo, la realidad es que la mayoría de las personas mayores envejecen de forma satisfactoria (Rowe y Kahn, 1998). Sin embargo, este hecho contrasta con el contenido de los estereotipos ampliamente difundidos en la sociedad sobre las personas mayores y el envejecimiento. Estos estereotipos hacia las personas mayores se encuentran tanto en grupos de población jóvenes (Montañés y Latorre, 2004) como en grupos de población de personas mayores (Chasteen y otros, 2002).

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

Tabla 1. Algunos mitos y realidades sobre la vejez*

Mito: Las personas mayores ...	Realidad
Son todas muy parecidas.	Son un grupo de población muy diverso (muchas diferencias inter-individuales)
Están socialmente aisladas.	La mayoría de las personas mayores mantienen un contacto cercano con familiares.
Están enfermas, son frágiles y dependen de otras personas.	La mayoría de los mayores viven de forma independiente.
La mayoría tienen algún grado de deterioro cognitivo.	En general, si hay algún declive en habilidades intelectuales, no es suficientemente severo como para causar problemas en el día a día.
Están deprimidas	Las personas mayores que viven en la comunidad tienen menores porcentajes de depresión diagnosticable que otros grupos de edad.
Se vuelven difíciles de tratar y son, con el paso de los años, más rígidas.	La personalidad se mantiene relativamente consistente a lo largo del ciclo vital.
Raramente se enfrentan a los declives inevitables asociados con el envejecimiento.	La mayoría de las personas mayores se ajustan con éxito a los desafíos vitales.

La realidad es que, a pesar de lo ampliamente difundidas que están estas afirmaciones, éstas no se ven confirmadas por la investigación. Así, por ejemplo, en el trabajo realizado por Fernández-Ballesteros y otros (Fernández-Ballesteros, 1992) se ha constatado que, aunque la literatura especializada señala que en la mayoría de los casos el estado de salud no se deteriora brusca y dramáticamente en ningún punto del ciclo vital, aproximadamente las tres cuartas partes de la población considera que "la mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, momento en el que se produce un fuerte deterioro de su salud". En el mismo sentido, de forma contraria a la idea muy extendida de la no realización de operaciones quirúrgicas con personas mayores, un estudio realizado por la Fundación Mayo en el que se comparó a personas mayores de 100 años que fueron sometidas a algún tipo de operación con personas igualadas en género y edad señala que no está justificado el no realizar operaciones quirúrgicas a personas mayores de 100 años por el riesgo percibido asociado a su edad avanzada (Warner, Saletel, Schroeder, Warner, Offord y Gray, 1998). Fernández-Ballesteros y otros (1992) señalan igualmente resultados contradictorios entre las creencias edadistas y la realidad en relación a las habilidades funcionales de las personas mayores. Mientras que la mayoría de la

* Tomado de APA (1998).

población mayor de 65 años no necesita ayuda para realizar actividades de la vida diaria, dos tercios de la población señala que "la mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les obligan a depender de los demás".

Algo similar ocurre cuando se habla de la relación entre la vida laboral y ser mayor. Debido a la extendida creencia de que la "típica" persona mayor está limitada debido a problemas físicos o mentales, una gran parte de la población concluye que las personas mayores no están en una disposición adecuada para trabajar y que aquellos que lo hacen, lo hacen de una forma poco productiva (Palmore, 1999). Sin embargo, algunos estudios realizados con personas mayores trabajadoras han demostrado que realizan su labor tan bien o mejor que otros grupos de edad en la mayoría de las medidas de ejecución de las tareas (Rix, 1995).

Otro mito muy común sobre las personas mayores hace referencia a que tienen sus costumbres profundamente arraigadas y no pueden aprender nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento (Thompson, Gallagher y Breckenridge, 1987). Sin embargo, Smith y otros (2003) han encontrado resultados contrarios a este estereotipo, al estudiar el grado en el que las personas mayores utilizan las nuevas tecnologías para obtener información sobre la salud, en comparación con otros grupos de edad. Estos autores encuentran que si se facilita el acceso a la información, las personas mayores acceden a información sobre la salud a través de medios informáticos y telefónicos en la misma medida que personas de mediana edad y jóvenes y en mayor medida cuando la información se obtiene a través de libros.

Opiniones edadistas como las anteriores son fruto del desconocimiento sobre quiénes son las personas mayores, y afectan incluso a grupos de población con elevados niveles de formación (Kaempfer y otros, 2002; Montorio y otros, 2003). Así, por ejemplo, Lee y otros (2003) han encontrado recientemente que la dificultad para reclutar a psicólogos especialistas en vejez se debe a la presencia de actitudes edadistas en los profesionales en formación, quienes señalan que, a pesar de los avances científicos recientes, se pueden ofrecer menos soluciones terapéuticas a las personas mayores que a otros grupos de edad.

¿Cuáles son las consecuencias del edadismo? Para las personas mayores

Las personas mayores tienden a adoptar la imagen negativa dominante en la sociedad y a comportarse de acuerdo con esta imagen, que define lo que una persona mayor debe o no debe hacer. La infraestimación de las capacidades

físicas y mentales de las personas mayores puede favorecer una prematura pérdida de independencia, una mayor discapacidad, mayores índices de depresión y una mortalidad anticipada en personas que, en otras condiciones, mantendrían una vida productiva, satisfactoria y saludable. El principio que describe esta situación ha sido denominado "la profecía que se autocumple", habiendo sido apoyado empíricamente por estudios realizados con cuidadores informales de personas dependientes (Montorio, Izal, Sánchez y Losada, 2002), y actualmente es considerado como uno de los principales mecanismos a través de los cuáles se produce el exceso de incapacidad. La importancia de la percepción que tienen las personas sobre el envejecimiento ha sido recientemente demostrada en un trabajo de investigación en el que se encuentra que las personas con percepción positiva del envejecimiento viven hasta 7.5 años más que las personas que no tienen una imagen positiva del envejecimiento, y estas diferencias se mantienen incluso cuando se controlan variables como la salud funcional, el nivel socio-económico y el aislamiento (Levy y otros, 2002b).

La relación entre las ideas edadistas (mantenidas tanto por las propias personas mayores como por, como se verá más adelante, los profesionales de la salud) y problemas como por ejemplo, el dolor crónico o el exceso de incapacidad, y los efectos que tienen sobre el infradiagnóstico de la depresión o de la ansiedad en la edad adulta (confundidos con el "envejecimiento normal" o síntomas físicos), ha sido ampliamente destacada en la literatura especializada (por ej., Goodstein, 1985; Palmer y otros, 1997; Small, 1997; Wade, 2001).

El estudio de la influencia del edadismo sobre las personas mayores, realizado fundamentalmente en el contexto laboral, muestra que el edadismo provoca la emisión de discursos edadistas, la expresión de actitudes edadistas y la realización de prácticas discriminatorias basadas en la edad (McCann & Giles, 2002), habiéndose relacionado estos comportamientos con una reducción del sentimiento de autoeficacia, una disminución del rendimiento y con el estrés cardiovascular (Levy, Hausdorff, Henke, & Wei, 2000; Levy, Ashman, & Dor, 2000). Además, el edadismo también se ha relacionado con el maltrato a las personas mayores (Curry y Stone, 1995), contribuyendo en gran medida el mantenimiento de actitudes y creencias edadistas a que no se localice éste (Penhale, 1993).

Para los profesionales

Una de las consecuencias fundamentales del mantenimiento de actitudes edadistas hace referencia a la utilización de pautas terapéuticas distintas en función del grupo de edad al que se pertenezca, aun no estando justificadas tales acercamientos diferenciales. Así, por ejemplo, se ha encontrado que se recetan

menos a las personas mayores determinados tipos de medicamentos para problemas cardiovasculares, aun existiendo una mayor prevalencia e incidencia de trastornos cardiovasculares (Krumholz y otros, 1997; Rathore y otros, 2000), de la misma forma que se encuentran diferencias no justificadas en el procedimiento de intervención en tumores (Du y otros, 2003; Mahoney y otros, 2000; Peake y otros, 2003). Este mismo patrón de resultados se encuentra al analizar la literatura referente a los ensayos clínicos con personas mayores: este grupo de población está infrarepresentado en éstos, con las consecuencias que esto tiene para el desarrollo y planificación de intervenciones específicas para este grupo de edad (Bandyopadhyay, Bayer y O'Mahony, 2001; Hutchins, Unger, Crowley, Coltman y Albain, 1999).

En cuanto a la salud mental, el mantenimiento de actitudes edadistas contribuye en gran medida a la limitada atención que se le proporciona a las personas mayores con problemas psicológicos. Así, en un estudio reciente realizado en Suecia, se encontró que del 100% de personas mayores que cumplían los criterios para algún diagnóstico psiquiátrico, únicamente el 49% estaba diagnosticado (Olafsdottir y otros, 2001). Además, únicamente entre un 17-38% recibía tratamiento específico para tales problemas. Estos resultados parecen estar reflejando la existencia de prejuicios sobre problemas en las personas mayores que afectan al grado en el que los profesionales de la salud realizan diagnósticos certeros de los problemas que los mayores padecen (Benbow y Reynolds, 2000). La creencia de que la depresión y la tristeza son parte normal del envejecimiento puede dificultar o imposibilitar que la persona reciba un diagnóstico de depresión y que se beneficie, por lo tanto, de una intervención. Cuando se realizan diagnósticos, las personas mayores reciben con mayor frecuencia un diagnóstico de tipo orgánico como la demencia o a recibir tratamientos distintos (preferencia por tratamientos farmacológicos, por ejemplo) a los que se proporcionaría si la persona fuese más joven (Gatz y Pearson, 1988; Izal y Montorio, 1999; Montorio y otros, 2003). Dado que los profesionales de la medicina optan con mayor frecuencia por recetar medicamentos como procedimiento para tratar los trastornos mentales de las personas mayores, las derivaciones a profesionales de la salud mental son menos frecuentes para las personas mayores que para las personas jóvenes (Gatz y Pearson, 1988). Probablemente esto sea debido a la creencia de que las personas mayores no pueden aprender cosas nuevas. Los profesionales de la salud pueden tener una menor disposición a referir a las personas a intervenciones cuya eficacia ha sido contrastada en personas jóvenes y de mediana edad, a pesar de que existen multitud de trabajos en los que se refleja que la intervención es también efectiva con este grupo de población (Knight, 1996; Thompson y otros, 1987; Warner y otros, 1998). Según algunos autores (por ej., Robb y otros, 2002), esta situación puede deberse más que a la influencia del edadismo en el ejercicio profesional, a una insuficiente colaboración

interdisciplinar entre médicos y psicólogos que impide mejorar el acceso de las personas mayores a los recursos de salud mental.

Por último, las actitudes edadistas pueden influir además en la forma en la que se trata a las personas mayores en las instituciones tanto públicas o privadas, responsables de la atención a éste colectivo. Así, por ejemplo, si se examinan las pautas de comunicación que se utilizan en las residencias o en los centros para mayores se observa que fracasan a la hora de favorecer las necesidades de afiliación y apoyo social de los usuarios (Grau, Chandler y Saunders, 1995), siendo muy común la utilización de la denominada "habla patrón" o "hablar como a los niños" por parte de los profesionales (Ryan y otros, 1995). Hablar a las personas mayores como si fueran niños o tratarles de una forma paternalista puede, además de afectar adversamente a los procesos de evaluación y de intervención (Kimberling, Zeiss y Zeiss, 2000), favorecer de una manera evidentemente inconsciente el refuerzo de comportamientos o actitudes dependientes y fomentar el aislamiento y/o la depresión en las personas, contribuyendo a la común espiral de declive en el estado físico, cognitivo y funcional de las personas mayores que viven en residencias (Ryan y otros, 1986).

¿Cómo actuar para reducir el edadismo?

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

De acuerdo con lo anterior, y como parte coordinada de los planes de actuación que se establezcan, los profesionales tienen que revisar su percepción y actitudes hacia las personas mayores de tal forma que puedan ser desafiadas y prevenidas las consecuencias de tales actitudes sobre los procesos de evaluación e intervención en este grupo de edad (Edelstein y otros, 2003). Para ello, será necesario aumentar la formación y la educación de los profesionales (médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que atienden en el presente o que atenderán en el futuro a las personas mayores, dado que se ha señalado que una de las razones por las que, por ejemplo, no se da una adecuada respuesta a la problemática emocional de las personas mayores es debido a la insuficiente formación en salud mental de los médicos de atención

primaria (Bane, 1997), quienes consideran que la depresión es una parte "entendible" del envejecimiento normal (Jeste y otros, 1999). Si tanto los médicos como las personas mayores frecuentemente no reconocen los signos relativos a la enfermedad mental, las personas mayores no están en disposición de recibir tratamientos que alivien sus síntomas (Administration on Aging, 2001). Este problemas pueden resolverse maximizando las oportunidades de formación a través de experiencias de contacto real con las personas mayores, tal y como por ejemplo realizaron Abengózar y otros (1999), Rasor-Greenhalgh y otros (1993) y Damron-Rodriguez y otros (1998), quienes consiguieron cambios significativos hacia una visión más positiva de las personas mayores en estudiantes o profesionales de la salud en formación. A través de estos cambios actitudinales, las personas mayores se beneficiarían de una mejora en su estado de salud, de una mayor independencia y de un menor ratio de institucionalización. Además, se obtendría una reducción en los costes médicos y sociales de la atención a este colectivo.

Además, se deberá aumentar la formación y educación a las personas mayores y sus familias. En esta dirección, diferentes estudios han demostrado que el cambio de actitudes "edadistas" es posible (Ragan y Bowen, 2001). De acuerdo con Ragan y Bowen (2001), para que el cambio de actitudes se mantenga a largo plazo no es suficiente con proporcionar información a las personas, sino que ésta debe ser destacada (reforzando actitudes no edadistas) de tal forma que la información proporcionada se consolide con mayor fuerza en el repertorio cognitivo de las personas. Si únicamente se proporciona información sobre el envejecimiento no se producen cambios en las actitudes edadistas de las personas (Stuart-Hamilton y Mahoney, 2003) Entonces, además de información, ¿qué hay que proporcionar?. La intervención sobre las familias es necesaria dado que, aunque existan programas para tratar problemas psicológicos en los mayores, si estos programas no tienen en cuenta la presencia en las familias de actitudes edadistas como las comentadas en este artículo, éstos programas no maximizarán su eficacia (de Mendonça Lima y otros, 2003).

Conclusiones

Las actitudes están presentes en buena medida en la sociedad, sin que ello signifique que existan responsables de tal situación. Es un fenómeno cultural con un importante componente socio-histórico ampliamente establecido en las sociedades occidentales. Se ha pretendido reflejar la existencia de una forma de prejuicio o discriminación, que surge a partir de influencias culturales y que forma parte del sistema de creencias tanto de los profesionales como de las personas mayores y sus familias. Las maneras de actuar de algunos profesionales que han sido señaladas en este trabajo pueden estar indicando la presencia de sesgos

edadistas implícitos más que en estas personas, que pueden pasar desapercibidos para ellos mismos, influyendo así en el proceso de comunicación entre éstos y las personas mayores (Robb y otros, 2002). Esta forma de pensar puede afectar al diseño, implementación y resultados de las intervenciones dado que puede infraestimar las capacidades físicas y mentales de las personas mayores. Por lo tanto, se trataría de poner de manifiesto la necesidad de fomentar políticas y actuaciones dirigidas a reducir la presencia del edadismo en la sociedad en general y en la formación profesional en particular, estimándose que los resultados de éstas actuaciones serán fundamentales para promover mejores niveles de bienestar en el grupo de población de las personas mayores.

Referencias

Abengózar, M.C., Cerdá, C. y Pérez, J. (1999). Cambios actitudinales respecto al envejecimiento en jóvenes-adolescentes: un programa de intervención. *Geriátrika*, 15(8), 44-49.

Administration on Aging. (2001). *Older Adults and Mental Health. Issues and Opportunities*. (<http://www.protectassets.com/ssa/Older-AdultsandMH2001.pdf>). Department of Health and Human Services.

APA (1998). *What practitioners should know about working with older adults*. (<http://www.apa.org/pi/aging/practitioners.pdf>). Washington: American Psychological Association.

APA (2003). *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults* (http://www.apa.org/pi/aging/guidelines_olderadults.pdf). Washington: American Psychological Association.

Bandyopadhyay, S., Bayer, A.J. y O'Mahony, M.S. (2001). Age and gender bias in statin trials. *QJM*, 94 (3), 127-32.

Bane, S. (1997). Rural mental health and aging: implication for case management. *Journal of Case Management*, 6(4), 158-161.

Benbow, S.M. y Reynolds, D. (2000). Challenging the stigma of Alzheimer's disease. *Hosp Med*, 61, 174-177.

Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.

Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11.

- Chasteen, A.L., Schwarz, N. y Park, D.C. (2002). The activation of aging stereotypes in younger and older adults. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 57B(6), P540-P547.
- Curry, L.C. y Stone, J.G. (1995). Understanding elder abuse: The social problem of the 1990's. *Journal of Clinical Geropsychology*, Vol 1(2), 147-156.
- Damron-Rodríguez, J., Kramer, B. y Gallagher-Thompson, D. (1998). Effect of geriatric clinical rotations on health professions trainees' attitudes about older adults. *Gerontology & Geriatrics Education*, 19(2), 67-79.
- de Mendonça Lima, C.A., Levav, I., Jacobsson, L. y Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 679-682.
- Du, X.L., Key, C.R., Osborne, C., Mahnken, J.D. y Goodwin, J.S. (2003). Discrepancy between consensus recommendations and actual community use of adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *Ann Intern Med*, 138 (2), 90-7.
- Gatz, M. y Pearson, C.G. (1988). Ageism revised and the provision of psychological services. *American Psychologist*, 43, 184-188.
- Edelstein, B.A., Martin, R.R. y Koven, L.P. (2003). Psychological Assessment in Geriatric Settings. En Graham, J.R. y Naglieri, J.A. (Eds.). *Handbook of Psychology. Volume 10. Assessment Psychology* (pp. 389-414). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores.
- Gatz, M. y Pearson, C.G. (1988). Ageism revised and provision of psychological services. *American Psychologist*, 43, 184-189.
- González, M.A., Sánchez-Cifuentes, M.J., Torda, E., González, P. y Cid, J. (1990). Estereotipos hacia los ancianos. Los ancianos vistos por otros grupos de edad. *Geriátrika*, 6(4).
- Goodstein, R. K. (1985). Common clinical problems in the elderly: Camouflaged by ageism and atypical presentation. *Psychiatric Annals*, 15, 299-312.
- Grau, L., Chandler, B. y Saunders, C. (1995). Nursing home residents' perceptions of the quality of their care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33, 34-41.

Hutchins, L.F., Unger, J.M., Crowley, J.J., Coltman, C.A. y Albain, K.S. (1999). Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med*, 341 (27), 2061-7.

IMSERSO. (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Imserso.

Izal, M. y Montorio, I. (1999). Comportamiento y salud en la vejez. En Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 115-137). Madrid: Síntesis.

Jeste, D.V., Alexopoulos, G.S., Bartels, S.J., Cummings, J.L., Gallo, J.J., Gottlieb, G.L., Halpain, M.C., Palmer, B.W., Patterson, T.L., Reynolds, C.F. y Lebowitz, B.D. (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health care. *Archives of General Psychiatry*, 56, 848-852.

Kaempfer, D., Wellman, N.S. y Himburg, S.P. (2003). Dietetics students' low knowledge, attitudes, and work preferences toward older adults indicate need for improved education about aging. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(2), 197-202.

Kimerling, R. E., Zeiss, A. M., & Zeiss, R. A. (2000). Therapist emotional responses to patients: Building a learning based language. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 312-321.

Knight, B.G. (1996). *Psychotherapy with older adults*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Krumholz, H.M., Murillo, J.E., Chen, J., Vaccarino, V., Radford, M.J., Ellerbeck, E.F. y Wang, Y. (1997). Thrombolytic therapy for eligible elderly patients with acute myocardial infarction. *JAMA*, 277 (21), 1683-8.

Lee, K., Volans, P.J. y Gregory, N. (2003). Trainee clinical psychologists' view on recruitment to work with older people. *Ageing & Society*, 23(1), 83-97.

Levy, B., Ashman, O., & Dror, I. (2000). To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega - Journal of Death & Dying*, 40, 409-420.

Levy, B.R., & Banaji, M.R. (2002a). Implicit ageism. En T. Nelson (Ed.). *Ageism: stereotypes and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge, MIT Press.

Levy, B.R., Hausdorff, J.M., Hencke, R., & Wei, J.Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journals of Gerontology*, 55, 205-213.

Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R. y Kasl, S.V. (2002b). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270.

Mahoney, T., Kuo, Y.H., Topilow, A. y Davis, J.M. (2000). Stage III colon cancers: why adjuvant chemotherapy is not offered to elderly patients. *Arch Surg*, 135 (2), 182-5.

McCann, R., & Giles, H. (2002). Ageism in the workplace: a communication perspective. In T.D. Nelson (Ed). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 163-199). Cambridge, MIT Press.

Molina, J.A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 489-501.

Montañés, J. y Latorre, J.M. (2004). *Psicología de la Vejez (estereotipos juveniles sobre el envejecimiento)*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Montorio, I., Izal, M., Sánchez, M. y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 61-71.

Montorio, I., Losada, A., Márquez, M. e Izal, M. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 12(3), 301-324.

Montoro, J. (1998). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 8(1), 21-30.

Olafsdottir, M., Marcusson, J. y Skoog, I. (2001). Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study. *Acta Psychiatrica Scand*, 104, 12-18.

Palmer, B.W., Jeste, D.V. y Sheikh, J.I (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46, 183-190.

Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer.

Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive* (2nd ed.). New York: Springer.

Palmore, E.B. (2001). The Ageism Survey: First findings. *Gerontologist*, 41, 572-575.

Peake, M.D., Thompson, S., Lowe, D. y Pearson, M.G. (2003). Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing*, 32 (2), 171-7.

Penhale, B. (1993). The abuse of elderly people: Considerations for practice. *British Journal of Social Work*, 23(2), 95-112.

Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.

Ragan, A.M. y Bowen, A.M. (2001). Improving attitudes regarding the elderly population: The effects of information and reinforcement for change. *The Gerontologist*, 41(4), 511-515.

Rasor-Greenhalgh, S.A., Stombaugh, I.A. y Garrison, M.E. (1993). Attitude changes of dietetic students performing nutritional assessment on healthy elderly. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 12(4), 55-64.

Rathore, S.S., Berger, A.K., Weinfurt, K.P., Feinleib, M., Oetgen, W.J., Gersh, B.J. y Schulman, K.A. (2000). Race, sex, poverty, and the medical treatment of acute myocardial infarction in the elderly. *Circulation*, 102 (6), 642-8.

Rix, S. (1995). Employment. En G. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 327-328). New York: Springer.

Robb, C., Chen, H. y Haley, W.E. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, Vol 8(1), 1-12.

Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Ryan, E.B., Giles, H., Bartolucci, R.Y. y Henwood, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language and Communication*, 6, 1-24.

Ryan, E.B., Hummert, M.L. y Boich, L. (1995). Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language Social Psychology*, 14, 144-166.

Small, G.W. (1997). Recognizing and treating anxiety in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 3), 41-50.

Smith, L. y Wagner, T.H. (2003). The Effect of Age on the Use of Health and Self-Care Information: Confronting the Stereotype. *The Gerontologist*, 43(3), 318-324.

Stallard, J.M., Decker, I.M. y Bunnell, J. (2002). Health Care for the Elderly: A Social Obligation. *Nursing Forum*, 37(2), 5-15.

Stuart-Hamilton, I. y Mahoney, B. (2003). The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educational Gerontology*, 29, 251-260.

Thompson, L.W., Gallagher, D. y Breckenridge, J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.

Wade, S. (2001). Combating agism: An imperative for contemporary health care. *Reviews in Clinical Gerontology*, 11(3), 285-294.

Warner, M.A., Saletel, R.A., Schroeder D.R., Warner D.O., Offord, K.P. y Gray, D.T. (1998). Outcomes of anesthesia and surgery in people 100 years of age and older. *J Am Geriatr Soc*, 46 (8), 988-93.