



EDITORIAL

Componentes del edadismo o ageismo en la atención al paciente oncológico: una reflexión necesaria



Components of ageism in oncologic patient care: a necessary reflection

Paz Fernández-Ortega* y Celia Díez de los Ríos de la Serna

Coordinadora cap de Investigación en cuidados. Institut Català de Oncologia. Facultat de Medicina y Ciencias de la Salud. Profesora asociada. Departamento de Salud Pública, Mental y materno-infantil. Bellvitge Campus, Universidad de Barcelona

Las enfermeras durante la pandemia de COVID nos hemos visto envueltas en un problema social con *clara repercusión en lo sanitario*. De repente, se hizo más visible aquella discriminación por “edadismo” o “ageismo”, término definido por primera vez por Robert Butler, ya en 1969 y que la Organización Mundial de la Salud, OMS advierte que la mitad de la población mundial es “edadista” para con las personas mayores y con mayor discriminación en Europa¹.

Nos sorprendió, que en la pandemia, nuestra llamada puntera sanidad de país desarrollado, se viera lacerada por la pérdida de derechos fundamentales, inequidad, desigualdad e injusticia, tanto en el acceso, como en la atención a la salud de los mayores, utilizando la edad como clasificación que ocasionaba desventaja y menoscabo, sobre todo en quien por su alta dependencia se obviaron estos derechos fundamentales¹. Era evidente que el edadismo ya estaba latente o presente en el entorno social y sanitario, la pandemia actuó como espita para emerger con fuerza.

¿Cuáles son esos componentes del edadismo o ageismo? En primer término, un componente cognitivo que configura nuestros conceptos mentales y la manera de concebir qué es ser mayor, configuran los estereotipos que trascienden la mirada social a la personal, y por ende, al sentido que damos a nuestra actividad de cuidar a una persona mayor. Una percepción definida cualitativamente como reflejo de lo laboral, el mayor es menos productivo, más pasivo y por ello

más dependiente del otro, bien sea del cuidador o del profesional sanitario. El segundo componente se configura con constructos emocionales y configuran los prejuicios, sentir que envejecer es negativo, nos alejamos emocionalmente del “viejismo”, porque se asocia a las pérdidas mentales, físicas, a menor vigor o capacidades, decrepitud y cercanía con el final de la vida. Finalmente, el componente conductual, que comporta directamente aquellos comportamientos discriminatorios hacia la persona mayor, es decir, brindar una atención más tardía ya que lo crónico si puede esperar a ser atendido, postergar las visitas sanitarias, que pueden alargarse o incluso anularse. En global, un menoscabo al derecho a la atención de las necesidades de salud, menor asignación en número o calidad de los recursos para la atención sanitaria al paciente mayor². Estas conductas o proceder discriminantes emergieron, cual avistamiento de “punta del iceberg” durante los primeros dos años de pandemia, pero el resto de hielo todavía está hoy, peligrosamente sumergido bajo el nivel del agua.

El cáncer es un conjunto de diversas enfermedades aünadas bajo ese epígrafe. El cáncer es inherente a la vida y, marcadamente inherente al envejecimiento. De hecho, cuanta más esperanza de vida, mayor es la probabilidad de aparición de una neoplasia³. En todos los países desarrollados el diagnóstico más frecuente para todos los tipos de cáncer se da en personas con edades anteriores a los 70 años⁴. A nivel nacional, le corresponde a cada ciudadano de España, un riesgo global asociado a cáncer de uno de cada cuatro personas. Con diferencias entre géneros: 1 de cada 3 hombres y 1 de 5 mujeres, con peores datos para el sexo masculino. La mayoría de los pacientes oncológicos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paxfernandez2010@ub.edu
(P. Fernández-Ortega).

están en una franja de 65 a 75 años⁵. Estas cifras ponen sobre la mesa, la acuciante necesidad de adecuar nuestros servicios oncológicos y nuestros cuidados para ajustarlos a la realidad demográfica y a las necesidades del paciente onco-hematológico y su familia².

Las estrategias que como enfermeras nos corresponden implementar para reducir esta discriminación por edadismo pasan por atender primero al componente cognitivo. Favorecer nuestro cambio de paradigma en lo que la enfermera piensa de los mayores con una visión holística, real y ética. En corresponsabilidad con la familia, desde las escuelas de primaria, secundaria o universidades, con mejor formación y programas universitarios dedicados al envejecimiento. Me preocupa, como profesora universitaria, cuando al inicio de muchos cursos he preguntado cuántos alumnos han pensado profesionalmente dedicarse a la atención geriátrica y ninguna mano se levanta. Pero, es entendible ya que la oferta profesional no resulta atractiva para una enfermera novel, ni la situación laboral ofrece remuneración o prestigio compensatorio. Se conoce bien que no existe igualdad de condiciones en la atención comunitaria o socio-sanitaria, ni en recursos, ni goza de prestigio social comparado con trabajar en un quirófano, con los más avanzados sistemas de robótica o, en pediatría o en cuidados "super-intensivos". La atención oncológica no resulta tan mal parada en esta comparativa, se sabe que hay parte de sentimiento vocacional en trabajar para los pacientes onco-hematológicos. Creo firmemente que las enfermeras oncológicas, incluso durante la pandemia, han realizado un esfuerzo impagable para atender al paciente con cáncer y COVID, aman su profesión y reciben satisfacción emocional compensatoria a la fatiga por compasión que desgasta emocionalmente⁶. En cuanto al componente conductual, sean en conductas de riesgo o claramente discriminatorias, una regulación clara y control institucional frenará cualquier atisbo.

Por otro lado, la atención oncológica se orienta, en un giro preocupante, por su alta supervivencia hacia catalogar la enfermedad como "crónica". Multitud de datos avalan que el paciente oncológico hoy, se beneficia de altas tasas de supervivencia. Algunos tumores como el cáncer colorrectal, el más prevalente para ambos sexos en nuestro país, presenta tasas < 60% de supervivencia global, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el cáncer de mama cerca de 80% y los tumores hematológicos o el cáncer germinal que cuentan con una supervivencia en torno al 90%. Son datos fantásticos y muy esperanzadores, pero preocupantes si las asignaciones de los recursos sanitarios finitos o ciertas políticas desviadas en nombre de crisis, abren esa brecha discriminatorias al replicar conductas de edadismo presentadas no hace más de 2 años.

Un paciente con cáncer podrá disponer de más tiempo para "vivir con cáncer", más tiempo para sobrevivirlo y a edades más avanzadas. Y cada vez más pacientes con 80 años o más, son candidatos de tratamiento radical porque se espera unos 13 años de sobrevida si está saludable. La oncogeriatría clasifica en 4 tipologías de pacientes según su estado de salud o fragilidad: En el percentil 25 se sitúa el paciente saludable, en el percentil 50 si es moderado y en el inferior para el resto. (Guías de la NCCN National Comprehensive Cancer Network, NCCN, 2019). Balducci les denomina como: robusto, intermedio y no apto, y el onco-

geriatra valora este estado del paciente previamente, para poderlo personalizar, de acuerdo a la respuesta esperada, en ningún caso decidirlo sólo por edad, ya que se sabe que evita el infra o sobre-tratamiento innecesario. La franja más complicada de decisión serán los pacientes situados en percentil moderado. Es una cuestión de equidad.

Nuestros servicios oncológicos nacionales pueden dispensar hoy mayor número de segundas, terceras, cuartas líneas para un paciente, disponen de más diversidad en los tratamientos que hace décadas. La inmunoterapia, el trasplante, las nuevas terapias quiméricas de células T con receptores quiméricos de antígenos o CAR-T y los fármacos dirigidos a dianas terapéuticas específicas de una medicina más personalizada por el uso de biomarcadores que ayudan a predecir la respuesta o no a cada terapia onco-específica⁵.

Las Naciones Unidas, reportaron que en los mayores el "edadismo" empeora su salud, aumenta el aislamiento social, provoca muertes prematuras y repercute en la economía global de un estado, quien debe asegurar los mecanismos protectores para quien esté en riesgo de sufrirlo. En la misma línea, en la cumbre Europea del Cáncer de las Sociedades Oncológicas emitió su Código Europeo de Prácticas Oncológicas, para garantizar que todos los pacientes con cáncer en Europa tengan derecho a un tratamiento y atención oncológica de calidad, independientemente de su edad, género, etnia, estatus socioeconómico o ubicación geográfica. Son patentes las desigualdades en cuanto al coste, organización, acceso y competencia profesional, tanto dentro de los países, como entre países europeos. En el link disponible se puede ampliar la información⁷.

Como reflexión final, una propuesta de estrategias en las que las enfermeras son claves para reducir el problema del edadismo oncogeriátrico:

- Preguntar siempre al paciente por sus preferencias de cuidado. Una atención enfermera al paciente con cáncer, libre de prejuicios o libre de acciones discriminantes sólo por la edad. Detectar situaciones que conllevan riesgo en la merma de derechos y un rol activo en abogar por el paciente oncogeriátrico, sin que el ser mayor reduzca su derecho a la óptima atención para él y su familia. Situación especial para personas pertenecientes a minorías, migrantes o colectivos con vulnerabilidad, como en la soledad o falta de un cuidador efectivo.
- Reforzar el rol de la enfermera oncológica como educadora para el paciente oncogeriátrico, su cuidador y su familia. Cuanta mayor educación se provea al paciente mayor en la promoción de su autonomía, mejorarán resultados de salud detectándose la toxicidad relacionada con la enfermedad o con los tratamientos de manera precoz. Dos actividades son claves para promover la salud: La estimulación cognitiva y la propuesta de ejercicio saludable y diario en los pacientes oncológicos mayores.
- Repensar en modelos, que en 1998 el Consejo Internacional de Enfermeras CIE definió "Centrados en la persona mayor", terminología anglosajona de "Age-friendly", que aúnen los cuidados onco y geriátricos conjuntamente, con el foco en aumentar salud, bienestar y calidad de vida. Se necesita, para ello, incorporar al equipo oncológico geriatras y enfermeras con competencias en práctica avanzada onco-geriátricas⁸.

- Preparar y educar a las enfermeras en el contexto de la oncogeriatría. Diversas sociedades científicas internacionales ya están trabajando en competencias en onco-geriatría, como el grupo enfermero de la Sociedad Internacional Oncogeriatría SIOG y la Oncology Nursing Society americana ONS, con guías de práctica clínica para poder preparar a estas enfermeras en la atención al mayor con cáncer^{9,10}.

“Hacerse mayor es ley de vida, pero hacerse sabio es opcional”, ya que la vida existe para envejecerla, pero cómo se envejece, es lo que da sentido a esa vida.

Carroll Bryant

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo [Internet]. OMS. 2021 [cited 2022 Dec 18]. p. 8. Available from: <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>.
2. Marron JM, Charlot M, Gaddy J, Rosenberg AR. The Ethical Imperative of Equity in Oncology: Lessons Learned From 2020 and a Path Forward. *Am Soc Clin Oncol Educ B*. 2021 (41), e13-9.
3. Solary E, Abou-Zeid N, Calvo F. Ageing and cancer: a research gap to fill. *Mol Oncol*. 2022;16:3220–37.
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBO-

CAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries [Internet]. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* Wiley; May. 2021:209–49. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21660?src=getftr>.

5. Tucker-Seeley RD, Wallington SF, Canin B, Tang W, McKoy JM. Health Equity for Older Adults With Cancer. *J Clin Oncol*. 2021;39:2205–16.
6. Arimon-Pagès E, Torres-Puig-Gros J, Fernández-Ortega P, Canela-Soler J. Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2019;43:101666, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>.
7. EuroHealthNet responde a la hoja de ruta del Registro Europeo de Desigualdades en Cáncer | EuroHealthNet [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 18]. Available from: <https://eurohealthnet.eu/es/publication/eurohealthnet-responds-to-the-european-cancer-inequalities-register-roadmap/>.
8. Lynch MP, Kagan SH, Thomas TH, Fennimore L. Analysis of age-friendly cancer care readiness. *Oncol Nurs Forum*. 2021;48:333–40.
9. Bridges J, Wengström Y, Bailey DE. Educational Preparation of Nurses Caring for Older People with Cancer: An International Perspective. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2016;32:16–23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2015.11.003>.
10. Battisti NML, Mislav AR, Cooper L, O’Donovan A, Audisio RA, Cheung KL, et al., Adapting care for older cancer patients during the COVID-19 pandemic: Recommendations from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) COVID-19 Working Group. *J Geriatr Oncol*. 2020;11:1190–8.