



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Estereotipos negativos y conductas de
trato inadecuado hacia el adulto mayor en
población general y sociosanitaria**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Zoe González Jaraíz
Línea de investigación:	Intervención Psicológica en Tercera Edad
Director/a:	Dra. Ángela Rosales Becerra
Fecha:	8 de julio de 2021

Agradecimientos

Mi primer agradecimiento es para mi padre, que siempre fomentó mi interés por aprender y formarme. Y que, con su experiencia de vida, me ayudó a comprender el enorme privilegio que supone tener la oportunidad de poder hacerlo.

Por supuesto, también quiero agradecerles a mi madre y a mi hermano todo su cariño y que me recordaran, a lo largo de estos meses, que el valor no está tanto en las metas que una consigue alcanzar, sino en el trabajo perseverante que realiza para intentar lograrlas. A Adri, por su apoyo, por haber facilitado en toda medida que pudiera desarrollar este trabajo y, en particular, por contagiarme su confianza en mí. A Marisa, Celia, Alba, Mariu, Cris, Marta y Rebeca por ser lugar seguro y soporte para este y otros tantos desafíos. A mis queridas zeteñas, a las Arnaldas y a mis compañeras de trabajo (las mejores), por haber respondido de la manera más generosa al cuestionario y haber facilitado su divulgación. A mis compañeros de promoción, que han hecho este largo camino infinitamente más llevadero.

Finalmente, a mis tutoras, Leticia Pujades y Silvia Andrés, y a mi directora, Ángela Rosales Becerra, por haberme orientado en la consecución de este trabajo con la mezcla perfecta de directividad y empatía, también por su paciencia.

Índice de contenidos

Resumen	8
Abstract	9
1. Marco teórico	10
1.1. Vejez y envejecimiento	10
1.1.1. Conceptualización.....	10
1.1.2. Cambio demográfico	11
1.1.3. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento.....	12
1.1.3.1. Envejecimiento biológico	12
1.1.3.2. Envejecimiento psicológico	15
1.1.3.3. Envejecimiento social.....	17
1.2. Estereotipos negativos hacia la vejez	18
1.2.1. Contextualización	18
1.2.2. Edadismo o actitudes negativas hacia la vejez.....	19
1.2.3. Estereotipos negativos hacia la vejez y el envejecimiento	21
1.2.3.1. Conceptualización, funciones y particularidades.....	21
1.2.3.2. Contenido de los estereotipos negativos hacia la vejez	22
1.2.4. Discriminación por razón de edad.....	23
1.2.4.1. Modelo del contenido del estereotipo y mapa BIAS	24
1.3. Trato inadecuado hacia el adulto mayor: maltrato y negligencia	25
1.3.1. Conceptualización.....	25
1.3.2. Tipos de maltrato	26
1.3.3. Modelos explicativos	27
1.3.4. Factores de riesgo.....	29

1.3.5. Prevalencia del problema	30
2. Justificación	32
3. Objetivos	34
4. Hipótesis.....	35
5. Marco metodológico	36
5.1. Diseño y variables	36
5.2. Participantes	36
5.3. Instrumentos.....	38
5.3.1. Cuestionario de indicadores sociodemográficos	38
5.3.2. Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE; Blanca Mena et al., 2005).....	39
5.3.3. Cuestionario ad hoc de conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor	39
5.3.3.1. Elaboración de los ítems	39
5.4. Procedimiento.....	40
5.5. Análisis de datos	41
6. Resultados	42
6.1.1. Análisis descriptivo de los ENV y las poblaciones estudiadas	42
6.1.2. Análisis de diferencias de medias para muestras independientes	45
6.1.3. Análisis de correlación.....	48
7. Discusión	49
7.1. Limitaciones	51
7.2. Prospectiva.....	52
Referencias bibliográficas.....	54
Anexo A. Compromiso de confidencialidad de datos	60
Anexo B. Consentimiento informado	61

Anexo C. Resolución de la Comisión de Investigación de TFE.....	63
Anexo D. Formulario online.....	64

Índice de figuras

Figura 1. Pirámide de población en España. (INE, 2020).....	12
Figura 2. Distribución de las puntuaciones de CENVE en población general. (Elaboración propia)	43
Figura 3. Distribución de las puntuaciones de CENVE en población socio sanitaria. (Elaboración propia)	45
Figura 4. Diagrama de dispersión entre las variables ENV y conductas de trato inadecuado. (Elaboración propia)	48

Índice de tablas

Tabla 1. Factores de riesgo de abuso hacia el adulto mayor	29
Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra	37
Tabla 3. Profesión, rama de estudios o experiencia profesional	37
Tabla 4. Formación específica en envejecimiento	38
Tabla 5. Grado de contacto con personas mayores de 65 años	38
Tabla 6. Características sociodemográficas de la población general	42
Tabla 7 . Medias y desviaciones típicas de CENVE y sus factores en población general	43
Tabla 8. Características sociodemográficas de la población socio sanitaria	44
Tabla 9. Medias y desviaciones típicas de CENVE y sus factores en población socio sanitaria	45
Tabla 10. Medias y desviaciones típicas de CENVE en función del tipo de profesión, estudios o experiencia profesional	46
Tabla 11. Medias y desviaciones típicas de CENVE en función de contar o no con formación específica en vejez y envejecimiento	46
Tabla 12. Medias y desviaciones típicas de CENVE en función del grado de contacto con personas mayores de 65 años	47
Tabla 13. Comprobaciones post hoc (diferencias en CENVE en función del grado de contacto con personas mayores de 65 años)	47

Resumen

El objetivo de este trabajo fue examinar la prevalencia de estereotipos negativos hacia la vejez, así como su asociación con diferentes indicadores sociodemográficos (tipo de profesión/estudios/experiencia, formación específica en envejecimiento y grado de contacto con personas mayores) y con conductas de trato inadecuado autoinformadas por los participantes.

Para ello, se reclutó a una muestra de 402 personas, dividida en dos grupos de población (general y sociosanitaria). Todas ellas participaron voluntariamente cumplimentando un formulario on-line, compuesto por una encuesta sociodemográfica, el *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* (CENVE) y un cuestionario de conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor *ad hoc*.

Los resultados revelaron una baja prevalencia de estereotipos negativos hacia la vejez en la muestra estudiada. De mismo modo, mostraron relación entre las puntuaciones del CENVE y los indicadores sociodemográficos, así como entre el grado de acuerdo con los estereotipos negativos y las conductas de trato inadecuado autoinformadas.

Palabras clave: Edadismo, Estereotipos, Maltrato, Vejez, Envejecimiento.

Abstract

The objective of this work was to examine the prevalence of negative stereotypes towards old age, as well as its association with different sociodemographic indicators (type of profession/studies/experience, specific training in aging and degree of contact with older people) and with self-reported inappropriate treatment behaviors by the participants.

To do this, a sample of 402 people was recruited, divided into two population groups (general and social health professionals). All of them voluntarily participated by filling out an online form, consisting of a sociodemographic survey, the *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* (CENVE) and an ad hoc questionnaire on inappropriate behavior towards the elderly.

The results revealed a low prevalence of negative stereotypes towards old age in the sample studied. Likewise, they showed a relationship between CENVE scores and sociodemographic indicators, as well as between the degree of agreement with negative stereotypes and self-reported inappropriate treatment behaviors.

Keywords: Ageism, Stereotypes, Abuse, Old age, Aging.

1. Marco teórico

1.1. Vejez y envejecimiento

1.1.1. Conceptualización

Hoy en día parece incuestionable que el organismo cambia y se desarrolla a lo largo de todo el ciclo vital. Sin embargo, hasta hace algo más de medio siglo, se pensaba que el desarrollo alcanzaba su cénit en la adolescencia, manteniéndose estable durante la adultez, para iniciar un declive durante el envejecimiento que concluía con la muerte (Yuste, 2004, citado en Rubio Rubio, 2018, p.29).

En la actualidad, la vejez se entiende de un modo distinto, como una etapa caracterizada por una serie de “cambios y modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que se producen con el paso del tiempo” y que “involucra la evolución y maduración de los organismos vivos” en un proceso previsible (Williams, 1995, citado en Rubio Rubio, 2018, p.30).

Otros autores le otorgan un carácter más idiosincrásico. Así, Fericgla (1992, p.31), describe el envejecimiento como un “proceso irregular y asincrónico esencialmente individual” en el que “envejecer es una vivencia personal, impredecible y única en nuestra existencia”.

Dentro de este orden de ideas, Campos Aldana y Huertas de González (2011) señalan que el envejecimiento es un fenómeno natural, que se acompaña de cambios físicos, psicológicos y sociales, y que afectan tanto al individuo como a las familias, produciendo un impacto en la sociedad (p.113).

De igual modo, Cepal (2000, citado en Campos Aldana y Huertas de González, 2011, p. 113) refiere que el proceso de envejecer se asocia no solo con la cuestión biológica, sino también con consideraciones de tipo sociodemográfico, socioeconómico, sociopolítico, sociocultural y subjetivo.

De lo anterior se concluye que, en el momento actual, la vejez y el envejecimiento se representan de una forma menos negativa y se entienden como una etapa más del desarrollo, en la que se producen cambios a múltiples niveles y de manera singular en cada persona.

1.1.2. Cambio demográfico

Según la proyección de las Naciones Unidas, entre el 2015 y el 2020, la proporción de personas mayores de 60 años en el mundo pasará de un 12 a un 22% (de 900 millones a 2000 millones de personas), lo que supone una aceleración de la tendencia respecto a años anteriores (OMS, 2017; OMS, 2021).

Esto se explica, en gran medida, por el aumento de la longevidad como consecuencia de la mejoría de las condiciones de vida. Principalmente, por el desarrollo médico y tecnológico, una mayor calidad en la alimentación de la población y la promoción de estilos de vida más saludables. De este modo, en nuestro país, se ha duplicado la esperanza de vida en apenas un siglo (García-Valdecasas Medina, 2018, p. 61).

Por supuesto, este incremento de la edad de vida de la población no es homogéneo, al igual que no lo son las condiciones y oportunidades en los distintos lugares del mundo o de los diferentes individuos de la sociedad. Existe un aumento más acentuado en países de ingresos altos (García-Valdecasas Medina, 2018, p. 59), dándose una mayor morbilidad en personas mayores que viven en países de ingresos bajos o medianos (OMS, 2017). Otro fenómeno observado es la “feminización de la vejez”, siendo las mujeres más longevas que los hombres de manera general (García-Valdecasas Medina, 2018, p.59).

Otro factor relevante para entender el cambio demográfico, al menos en algunas sociedades occidentales, es la disminución de la tasa de natalidad que, según varios autores, estaría relacionada con el aumento del nivel educativo de las mujeres y su incorporación al mercado laboral, así como con la tendencia general (indistinta del género) hacia estilos de vida más orientados al desarrollo personal (García-Valdecasas Medina, 2018, p. 61).

En resumidas cuentas, el envejecimiento poblacional es el resultado del aumento de personas mayores de 65 años sin que se produzca un incremento proporcional o mayor del número total de personas (García-Valdecasas Medina, 2018, p.62), siendo España un caso prototípico de este fenómeno, como se ilustra en la Figura 1.

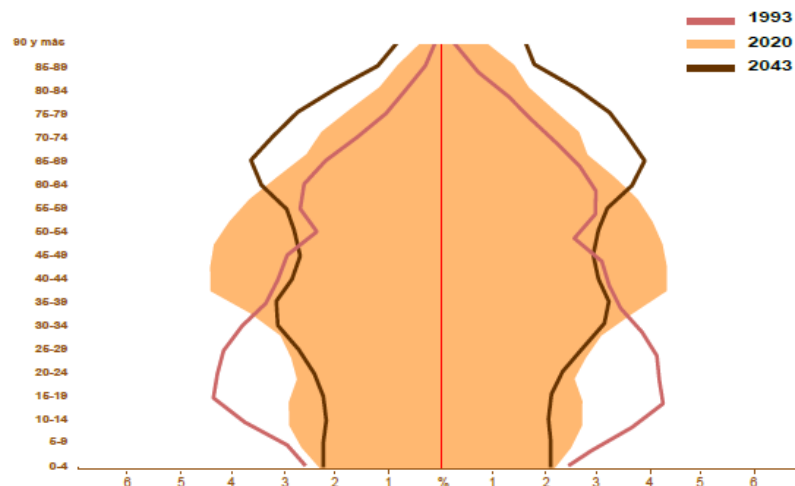


Figura 1. Pirámide de población en España. (INE, 2020)

Desde esta perspectiva, parece que la revolución demográfica ha generado un aumento del interés sobre la vejez y el envejecimiento, posiblemente por la urgencia de planificar estrategias que den respuesta a los retos que este cambio implica.

1.1.3. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento

Como se apuntaba más arriba, durante la vejez los organismos continúan desarrollándose y se pueden identificar procesos de cambios en diferentes niveles asociados a esta etapa.

1.1.3.1. Envejecimiento biológico

1.1.3.1.1. Sistemas sensoriales

En la vejez se produce un deterioro de los sistemas sensoriales, lo que implica un menoscabo de la información entrante y de la calidad de los registros de esta (Margrain y Boulton, 2005, citado en Simón Ferre, 2018, p.100).

Un ejemplo es el sistema visual, que se deteriora en su conjunto a partir de la sexta década, produciéndose una disminución de la sensibilidad a la luz, la agudeza visual, la capacidad para percibir cambios en el entorno, colores o adaptarse a la oscuridad. Es común la aparición de presbicia, cataratas (principal causa de ceguera en adulto mayor), degradación macular y glaucoma. Y, aunque muchas de estas dificultades y enfermedades pueden ser corregidas con lentes o tratadas, el deterioro visual puede ser causa depresión y aislamiento social en las personas mayores (Simón Ferre, 2018, pp.100-101).

Los trastornos relacionados con la audición, de tipo conductivo o neurosensorial, también cuentan con una alta prevalencia entre la población mayor. De este modo, un tercio de las personas mayores de 60 años, y hasta dos tercios de las mayores de 70, presentan dificultad para oír sonidos vagos en ambientes tranquilos (Margrain y Boulton, 2005, citado en Simón Ferre, 2018, p.101). Así mismo, la percepción de sonidos de frecuencias altas se ve deteriora por la edad (Simón Ferre, 2018, p.101).

Todavía no se sabe con seguridad si este deterioro se debe al propio proceso de envejecimiento o a otros factores, como la exposición prolongada a ruidos intensos. En cualquier caso, la presbiacusia dificulta la comprensión del lenguaje y percepción de señales del entorno necesarias para el desarrollo autónomo de las actividades diarias, lo que puede generar un impacto psicológico en la persona afectada (depresión, baja autoestima, retraimiento, exacerbación de tendencias paranoides, etc.). Por otro lado, si bien existen ayudas técnicas y tratamientos médicos de utilidad, sabemos que su uso no está generalizado (Simón Ferre, 2018, pp.101-102).

Respecto a los sentidos químicos, el olfato parece ser el más afectado por la edad (a partir de los 70 años) según varios autores. También se observa detrimento de la sensibilidad gustativa, que puede deberse a los cambios fisiológicos que se producen en esta etapa, como la reducción del número y densidad de papilas gustativas, a las alteraciones en el sistema nervioso central o la presencia de enfermedades endocrinas y/o degenerativas (Simón Ferre, 2018, pp.102-103). También se han identificado factores de tipo conductual como el tabaquismo, la escasa higiene oral o la toma de medicación (Schiffman, 2009, citado en Simón Ferre, 2018, p.103). Como apunta Simón Ferre (2018, p.103), la afectación del gusto y el olfato puede generar inapetencia, favorecer una inadecuada elección de alimentos y, por tanto, deficiencias nutricionales.

Por último, se observa en población mayor una reducida sensibilidad cutánea y una elevación del umbral del dolor. Sin embargo, como en el caso de las alteraciones auditivas en la vejez, no está claro si lo que determina estas alteraciones se debe al propio proceso de envejecimiento o a daños sobrevenidos (Margrain y Boulton, 2005, citado en Simón Ferre, 2018, p.103).

1.1.3.1.2. Cambios neurobiológicos

En las últimas décadas se han esclarecido varios interrogantes relacionados con el desarrollo del sistema nervioso central a lo largo de la vida. Los cambios que se observan durante la vejez son menos pronunciados de lo esperado y se caracterizan por su alta variabilidad y especificidad. Respecto al defecto cognitivo asociado a la edad, no parece tan dependiente de la muerte neuronal como de los cambios en la conectividad sináptica entre regiones específicas (Simón Ferre, 2018, p.96).

A nivel macroscópico y microscópico, se observa pérdida dendrítica en las capas 1 y 3 de la corteza prefrontal dorsolateral, que se relaciona con la memoria operativa (Morrison y Baxter, 2012, citado en Simón Ferre, 2018, p.97). El Lóbulo Temporal Medial, del que forma parte el hipocampo (memoria declarativa o explícita), presenta atrofia moderada en personas mayores sanas y más severa en sujetos con enfermedades degenerativas como el Alzheimer (Morrison y Baxter, 2012, Hedden, 2007, citado en Simón Ferre, 2018, p.97). El estriado, a nivel subcortical y que conecta con la corteza prefrontal, experimenta una disminución del volumen con la edad (Cytowic, 1996, citado en Simón Ferre, 2018, p. 97). Así mismo, se produce una pérdida progresiva de volumen de mielina a partir de los 50 años y dilatación de los espacios ventriculares y surcos cerebrales, provocando una disminución del peso y volumen cerebral en personas de avanzada edad (Simón Ferre, 2018, p.98).

Adicionalmente, los estudios funcionales apuntan a que existe una “deslocalización” de la actividad neural en la vejez, que ha dado lugar a varios modelos descriptivos (HAROLD, PASA y CRUNCH) (Park y Reuter-Lorenz, 2009, Jurado et al., 2013, citado en Simón Ferre, 2018, p.98); y una menor coordinación entre áreas cerebrales que se activan conjuntamente para llevar a cabo funciones cognitivas superiores (Hedden, 2007, Bishop, Lu y Yankner, 2010, citado en Simón Ferre, 2018, p.98). Según las diferentes hipótesis explicativas, hablaríamos de una “desdiferenciación” o pérdida de la especialización funcional que haría necesaria la activación de otras áreas adicionales (Grandi y Tirapu, 2017, p.327); de una “compensación funcional” mediante sobreactivación neural (Reuter-Lorenz y Cappell, 2008, citado en Grandi y Tirapu, 2017, p.327); o de cambios adaptativos en la distribución de las capacidades mentales propias del proceso de envejecimiento normal (Jurado et al., 2013, citado en Simón Ferre, 2018, p.99).

1.1.3.1.3. Dependencia

Es incuestionable que con la edad aumentan las probabilidades de padecer diferentes enfermedades y que los cambios en la salud de las personas mayores son expresión de su herencia genética. Sin embargo, igualmente determinantes son las características de su entorno físico y social, que disponen o limitan las condiciones de desarrollo y las conductas de salud (OMS, 2017).

Por otro lado, los problemas de salud pueden generar dificultades para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, siendo las causas más comunes de discapacidad el deterioro funcional, dolor en el cuello y en la espalda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia y la artrosis (OMS, 2017). Según el organismo antes citado, se prevé que en 2050 se multiplicará por cuatro el número de personas de edad avanzada que necesitará apoyo estas actividades. En España, en torno al 30% de las personas mayores ya presenta algún grado de discapacidad y aproximadamente un 20% están en situación de dependencia (Simón Ferre, 2018, p. 78).

En la actualidad, los sistemas de salud de la mayoría de los países no están adaptados a las necesidades de las personas de más edad, cuyas dificultades más prevalentes son las enfermedades crónicas y geriátricas (OMS, 2017).

1.1.3.2. Envejecimiento psicológico

1.1.3.2.1. Personalidad

El modelo de Costa y McCrae (1992, citado en Rubio Rubio, 2018, p.78) sostiene que el grado en que se manifiestan los rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) está determinado por la genética y que su expresión es estable a lo largo de la vida. Sin embargo, también se reconoce, en base a estudios longitudinales, que algunos de estos rasgos sufren variaciones con la edad. Más concretamente, el neuroticismo y la apertura a la experiencia disminuyen, aumentando la responsabilidad y la amabilidad (Costa y McCrae, 1992, Masi, Gondo, Inagaki y Hirose, 2006, Terracciano, McCrae, Brant y Costa, 2005, citando en Rubio Rubio 2018, p.78).

Por contrario, otras teorías como la de Neugarten, Havighurst y Tobin (1968, citado en Rubio Rubio 2018, p.77) postulan, no solo el carácter invariable de la personalidad, sino que esta determina cómo envejecemos, los patrones de actividad que ponemos en marcha durante la vejez y la satisfacción con la propia vida.

1.1.3.2.2. Cambios cognitivos

Los cambios asociados a la edad en los diferentes dominios cognitivos no siempre siguen un declive lineal y no se producen de igual modo en todas las funciones y sistemas que los componen.

Por ejemplo, la atención sostenida está preservada de manera general en las personas de más edad (Simón Ferrer, 2018, p. 106) y no existe consenso acerca de si las dificultades observadas en este grupo etario en algunas tareas que precisan mantener la atención de manera prolongada se deben a la edad o a otros factores como los déficit perceptivos o sensoriales (Staub et al., 2013, citado en Juncos-Rabadán et al, 2019, p.81).

Por el contrario, existe mayor evidencia acerca del peor rendimiento de los adultos mayores en tareas de atención selectiva, esto es en aquellas en las que hay que seleccionar un estímulo diana entre otros distractores, especialmente cuando las características discriminativas son sutiles o no se repiten de un ensayo a otro, en las de inhibición de la respuesta dominante y en las de conflicto (por ejemplo, tipo Stroop) (Juncos-Rabadán et al, 2019, p.83).

En cuanto a la memoria, los sistemas mejor preservados en este grupo de población son la memoria a corto plazo (mantenimiento simple de la información), la memoria implícita (que implica acceso inconsciente o automático a la información), la memoria procedimental (de hábitos o habilidades) y la memoria semántica (aquella que tiene que ver con el conocimiento general) (Custodio et al., 2013, p.323; Juncos-Rabadán et al, 2019, p.89).

En contraposición, encontramos mayor dificultad en las personas de más edad en aquellas tareas de recuerdo que comportan manipulación activa de la información (memoria de trabajo), en la evocación de eventos contextualizados en espacio y tiempo (memoria episódica) y en aquellas tareas que precisan de una recuperación consciente de la información (memoria explícita) (Juncos-Rabadán et al, 2019, p.87-90).

Finalmente, el caso del lenguaje no es una excepción. La enorme complejidad de este sistema, modulado por factores sensoriales y perceptivos, socioemocionales y cognitivos, hace inevitable que se produzcan cambios asociados a la edad como el “fenómeno de la punta de la lengua”, los errores y las disfluencias en el lenguaje espontáneo, menor complejidad estructural, condensación informativa en las frases, etc.. Sin embargo, las capacidades

cristalizadas, las estrategias adquiridas por la experiencia y la motivación por relacionarse a través de la comunicación con otros, pueden compensar de manera suficiente los déficits en este dominio (Juncos-Rabadán et al, 2019, p.96-101).

1.1.3.3. Envejecimiento social

La cantidad y calidad de las relaciones con las personas del entorno influye en la salud física y psicológica, el bienestar y la calidad de vida, también en las personas de más edad. No cabe duda de que la participación, ya sea dentro del ámbito familiar o comunitario, es fundamental en este sentido (Celdrán y Serrat, 2019, p.241).

En relación con lo anterior, estudios longitudinales indican que en la vejez se produce un detrimento de la red de apoyo a consecuencia de transiciones y eventos vitales más probables durante esta etapa, por ejemplo, la jubilación o el fallecimiento de amigos y familiares (Celdrán y Serrat, 2019, p.243). Asimismo, se ha observado relación entre la edad y el nivel de participación en actividades de ocio y recreativas, siendo menor en aquellas personas mayores de 80 años (Pinillos-Patiño et al., 2013, p.855). Este patrón también se da en el caso de la participación cívica (Burr et al., 2002, citado en Celdrán y Serrat, 2019, p.252).

Ya la II Asamblea Mundial del Envejecimiento estableció como objetivo en su Plan de Acción Internacional que las personas mayores “puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (OMS, 2003, p.11). El modelo de envejecimiento activo, entendido como “la participación continua de las personas en las cuestiones sociales, cívicas, económicas, culturales, educativas o espirituales, independientemente de la necesidad de apoyos que necesiten” (IMSERSO, 2011, p.287), recoge esta disposición. A continuación, se enumeran algunas estrategias que favorecen la participación social de las personas de más edad:

- La educación a lo largo de la vida. Incluye actividades no formales, con objetivos didácticos, sin estructura y, por lo general, sin certificación; y actividades formales impulsadas por instituciones educativas, como la *universidad para mayores* o los *programas de aulas*, en los que se complementa formación y actividades socioculturales, mediante el uso de contenidos adaptados a las necesidades de aprendizaje específicas. Estas actividades promueven el desarrollo individual y de la

sociedad, previenen el deterioro, favorecen los roles significativos y aumentan la calidad de vida (IMSERO, 2011, p.284-285; Martín y Requejo, 2005, p.50-51).

- Voluntariado y asociacionismo. La colaboración con ONGs y asociaciones de diferentes ámbitos (religiosas, vecinales, recreativas...) estimula la implicación en las dinámicas de funcionamiento de las propias organizaciones (Muñoz García, 2018, p.124) y se relaciona con un mayor bienestar personal y mejor estado de salud (Dan et al., 2016, citado en Rodríguez Cabrero et al., 2018, p.55). Tanto es así que, en España, la participación de personas mayores en actividades de voluntariado aumentó un 40% entre el 2006 y el 2016 (Rodríguez Cabrero et al., 2018, p. 49).
- Ocio y tiempo libre. En la vejez hay una mayor disponibilidad de tiempo, sin embargo, el modo de emplearlo está determinado por factores como en nivel socioeconómico, educativo, los estereotipos sociales, el estilo de vida previo, la percepción de salud o la accesibilidad a los recursos (Navarro et al., 2006, Fernández-Mayoralas et al., 2014, citados en Muñoz García, 2018, p.120). En este sentido, las actividades recreativas pueden ser una fuente de aprendizaje y desarrollo personal, no por el tipo y contenido de estas, sino por los pensamientos y sentimientos que estimulan (IMSERO, 2011, p.291). Los profesionales pueden dar soporte para que, a través de estas actividades, se mejore y promueva la comunicación, la significación social, el bienestar y la satisfacción (Monteagudo et al., 2014, citado en Muñoz García, 2018, p.123).

1.2. Estereotipos negativos hacia la vejez

1.2.1. Contextualización

El primer autor en dar cuenta de las actitudes negativas hacia las personas mayores fue Robert Butler, que en 1969 se refirió al “prejuicio de un grupo de edad contra otros grupos de edad” con el término *ageims* (p.243), posteriormente traducido al castellano como *edadismo* o *viejismo*. En el mismo escrito, el autor destacó que la cultura norteamericana del momento reforzó la existencia de tales sentimientos hacia las personas mayores, a las que se culpaba de su propia desventaja y de suponer una carga económica para el grupo de mediana edad. Asimismo, anticipó la magnitud que cobraría el problema de intolerancia hacia este grupo social y señaló su intersección con otras formas de discriminación (por raza y clase) (Butler, 1969, pp.244-245).

En los trabajos consultados sobre el problema revelado por Butler, a menudo se denomina este con los términos ageism, edadismo, discriminación por edad, prejuicios hacia las personas mayores, estereotipos negativos sobre la vejez o actitudes edadistas de manera indistinta. En el presente trabajo, se hará referencia al fenómeno en su conjunto como actitudes negativas hacia la vejez, actitudes edadistas o edadismo, para así diferenciarlo de sus componentes más específicos: los estereotipos negativos hacia la vejez y el envejecimiento, los prejuicios hacia las personas mayores y la discriminación por edad. A continuación, se expondrán más extensamente estos conceptos.

1.2.2. Edadismo o actitudes negativas hacia la vejez

El estudio de la actitud ha sido un tema sustantivo dentro de la Psicología Social. Este resulta imprescindible para comprender el funcionamiento psicológico de las personas, dado el efecto que tienen las actitudes sobre la percepción, las emociones y la conducta (Pacheco Ruiz, 2002, p.175; Worchel et al., 2003, p. 127).

Así, Allport (1954b, citado en Ferrer Pérez y Bosch Fiol, 2000, p.31) describe la actitud como “un estado mental de predisposición que se organiza a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. En una definición más concisa, Worchel et al. (2003, p.126) entiende la actitud como “un juicio evaluativo, que representa una propensión favorable o desfavorable hacia el objeto actitudinal”.

En relación con lo anterior, se han desarrollado varios modelos que tratan de explicar las actitudes, destacando dos de ellos en la bibliografía consultada (Sánchez-Palacios, 2004; Worchel et al., 2003; Pacheco Ruiz, 2002; Ferrer Pérez y Bosch Fiol, 2000).

El primero, el modelo tripartito de la actitud de Rosenberg y Hovland (1960) entiende este constructo desde una perspectiva tridimensional en la que diferencian tres componentes (cognición, afecto y conducta), determinando cada uno de ellos una respuesta particular hacia el objeto de actitud (citado en Sánchez-Palacios, 2004, p.31). Entiéndase como objeto de actitud cualquier elemento concreto o abstracto (Zanna y Rempel, 1988, citado en Worchel et al., 2003, p.126), persona o grupo social.

De este modo, el componente cognitivo hace referencia a las creencias, ideas, esquemas cognitivos y estereotipos, que influyen en el modo en que se percibe el objeto actitudinal. El componente afectivo, alude a las preferencias, sentimientos y prejuicios asociados al estímulo objeto de actitud, con respuestas de atracción o rechazo. Y el componente conductual, tiene que ver con las interacciones manifiestas con el objeto, la persona o el grupo social, incluyéndose aquí los comportamientos discriminatorios (Ribera Casado et al., 2016, p. 271; Breckler, 1984, citado en Sánchez-Palacios, 2004, p.32; Ferrer Pérez y Bosch Fiol, 2000, p.12).

De lo anterior se deduce una relación inequívoca entre actitud y conducta. Como apunta Pacheco Ruiz, esto también ha sido motivo de crítica dado que esta relación no siempre se evidencia (2002, p.178).

El segundo modelo, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Azjen (1975), considera el constructo desde un punto de vista unidimensional. Así, la actitud hacia un objeto estará determinada por la valoración que se haga, en cuanto a valencia (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), de las diferentes características asociadas a ese objeto actitudinal (creencias) (citado en Worchel et al., 2003, p.129). En otras palabras, la actitud se asimila a un único componente evaluativo que tiene en cuenta las creencias y que no se relaciona directamente con la conducta. Sin embargo, la evaluación que se haga del objeto actitudinal influye en la intención conductual hacia el mismo, y esto último sí puede influir sobre el comportamiento (Pacheco Ruiz, 2002, p.176).

En concordancia con lo expuesto anteriormente, desde el modelo unidimensional, el edadismo (actitud) implica una evaluación desfavorable de las personas mayores, en base a las opiniones o las creencias sobre las características de estas (estereotipos), que predispone a comportamientos discriminatorios (intención conductual) (Pacheco Ruiz, 2002, p.176; Ferrer Pérez y Bosch Fiol, 2000, p.12)

De manera similar, desde el modelo tridimensional, el edadismo se asocia a las creencias o estereotipos sobre los atributos de las personas de más edad (evento cognitivo), que influyen en cómo se percibe a los miembros de este grupo etario; al prejuicio, rechazo o afecto negativo hacia este colectivo (manifestación emocional); y a la discriminación o trato desfavorable por razón de la edad (conducta manifiesta) (Rivera Casado et al., 2016, p. 271).

De este modo, se puede concluir que ambos modelos son aplicables al problema que aquí nos ocupa, las actitudes negativas hacia la vejez, y que nos ayudan a entender la interrelación de sus componentes más específicos (modelo tridimensional) o cómo se relaciona con los eventos cognitivos y conductuales (modelo unidimensional).

1.2.3. Estereotipos negativos hacia la vejez y el envejecimiento

1.2.3.1. Conceptualización, funciones y particularidades

Los estereotipos negativos hacia la vejez y el envejecimiento (a partir de ahora ENV) son estereotipos sociales. Como tales, son “creencias compartidas sobre los miembros de una categoría social” (Sangrador, 1996, citado en Worchel et al., 2003, p. 205); por los que estos son percibidos de manera homogénea, sin considerar sus diferencias individuales (Sánchez-Palacios, 2004, p.30); y, por lo general, son equivocados o inexactos.

Así, son aprendidos a través de experiencias directas con miembros del grupo social estereotipado o por fuentes de información indirecta (la familiar, el grupo de referencia, los medios de comunicación...) e interiorizados. De este modo, acaban transformándose en sesgos y pensamientos automáticos difíciles de modificar (Worchel et al., 2003, pp.131-132; Shepherd y Brochu, 2021, p.2).

De acuerdo con lo anterior, algunos autores los consideran formas de pensamiento irracional que distorsionan la percepción de las personas y los grupos sociales. Por el contrario, otros opinan que son inevitables, al igual que las categorías, con las que pensamos y ordenamos el mundo (Sangrador, 1996, citado en Worchel et al., 2003, p. 205). Dicho de otro modo, los estereotipos sociales son de utilidad en cuanto que cubren ciertas necesidades y, probablemente, este sea el motivo por el que existen.

Un ejemplo de su carácter adaptativo es que facilitan algunos procesos perceptivos y cognitivos, simplificando el procesamiento de información y favoreciendo el ahorro de recursos (Macrae, et al., 1994, citado en Sánchez-Palacios, 2004, p.39; Worchel et al., 2003, p.201).

Siguiendo con esta idea, se han identificado otras funciones de corte motivacional. Bettelheim y Janowitz (1964) han señalado su utilidad como defensa del yo, cuando el grupo al que se estigmatiza lo amenaza de alguna manera. En el caso de las personas mayores, representando

la finitud de la juventud y el recuerdo de la propia mortalidad. Alport (1954a) refiere que los estereotipos pueden servir de justificación de la propia conducta o de una posición de privilegio. Taylor y Moriaty (1987) aluden a la función de autoprotección frente a grupos sociales que son percibidos como competidores, en el caso del colectivo de más edad, por el uso de recursos limitados. Así mismo, los estereotipos favorecen la construcción de la identidad personal y social, mediante la identificación con los miembros del endogrupo, percibidos de manera positiva y heterogénea, y en contraposición a los miembros del exogrupo, de los que se presuponen características negativas y homogéneas (Tajfel y Turner, 1986). Cabe aclarar que esta predisposición hacia el endogrupo no está clara en el grupo social de las personas mayores, quizá porque en este caso penaliza a sus miembros al ser un colectivo estereotipado. Finalmente, Jost y Banaji (1994) destacan que los estereotipos legitiman el sistema social vigente (citados en Sánchez-Palacios, 2004, p.34-38).

En otro orden de ideas, los ENV cuentan con una particularidad respecto a otros estereotipos sociales, por ejemplo, los relacionados con la raza, el género o la clase. Concretamente, el que todos los individuos, inevitablemente, pertenecerán a este grupo social, a excepción de que fallezcan prematuramente (Snyder y Miene, 1994, citados en Sánchez-Palacios, 2004, p.33). Por consiguiente, las creencias acerca de la vejez y el envejecimiento que se introyectan por acción de la socialización durante la infancia, la juventud y la edad adulta, pueden producir autoestigma cuando las personas llegan a mayores (Barranquero y Ausín, 2019, p. 42).

1.2.3.2. Contenido de los estereotipos negativos hacia la vejez

Los estereotipos sociales pueden ser positivos o negativos (Hilton y von Hippel, 1996, citado en Shepherd y Brochu, 2021, p.2). Esto también ocurre con los estereotipos asociados a la vejez y el envejecimiento. Así, a las personas mayores se les atribuye sabiduría y candidez, a la vez que se las considera más dependientes, enfermizas, olvidadizas, obstinadas, inflexibles o asexuales, entre otros (Pérez-Rojo et al., 2017, p.8-9; Sánchez-Palacios, 2004, p.50).

El modelo del contenido del estereotipo da cuenta de esta ambivalencia. De este modo, plantea que las personas son clasificadas en función de dos dimensiones, calidez y competencia (Fiske et al., 2002, 2007, citado en Shepherd y Brochu, 2021, p.2). La dimensión calidez hace referencia a rasgos como la afabilidad, la honestidad o el buen hacer y la

dimensión competencia se asocia a la capacidad, la independencia o la habilidad (Cuddy y Fiske, 2002, citado en Sánchez-Palacios, 2004, p.40).

De acuerdo con lo anterior, los grupos sociales son percibidos a través de estereotipos univalentes positivos (alta calidez, alta competencia), univalentes negativos (baja calidez, baja competencia) o mixtos (baja calidez, alta competencia/ alta calidez, baja competencia). Estas percepciones pronostican diferentes reacciones emocionales (orgullo, admiración, envidia, celos, desprecio, disgusto, lástima, simpatía), es decir, formas específicas de prejuicio (Shepherd y Brochu, 2021, p.2).

Las investigaciones apuntan, de manera muy consistente, a que las personas de más edad son representadas por estereotipos de baja competencia y alta calidez. Estos resultados se han reproducido en estudios de varios países, también en España, y diferentes culturas (individualistas y colectivistas) (Cuddy et al., 2009, citado en Shepherd y Brochu, 2021, p.3; Ribera Casado et al., 2016, p. 271). En consecuencia, y como postula el modelo de contenido del estereotipo, estas creencias de baja competencia y alta calidez predicen reacciones afectivas de lástima y simpatía, lo que se conoce como el prejuicio paternalista (Shepherd y Brochu, 2021, p.3).

Cabe señalar que existen diferencias en el contenido del estereotipo en subgrupos específicos, como son las personas LGTB, migrantes, con diagnóstico de trastorno mental o enfermedad neurocognitiva, que son percibidas con baja calidez y baja competencia (Clausell y Fisk, 2005; Lee y Fiske, 2006; Sadler et al., 2012; Fiske, 2012, citados en Shepherd y Brochu, 2021, p.5). Puede presuponerse que las personas mayores pertenecientes a estos colectivos pueden verse atravesadas por un tipo de prejuicio distinto.

1.2.4. Discriminación por razón de edad

De manera general, se presupone que existe relación entre actitud y conducta. Por tanto, parece probable que las actitudes que tenemos, por ejemplo, hacia un grupo social influyan en alguna medida en cómo nos comportamos con los miembros de este. Sin embargo, probar este vínculo no es sencillo (Worchel et al., 2003, p. 143), como ocurre con los estereotipos negativos hacia la vejez y la discriminación por razón de edad. Aunque se ha documentado la coexistencia de ambos en diversos ámbitos (sanidad, trabajo, medios de comunicación, etc.),

la posible relación causal parece compleja y es difícil de constatar (Dovidio et al., 1996; Voss y Rothermund en prensa, citados en Voss et al., 2018, p. 12)

Con el fin de arrojar luz sobre la cuestión, Shepherd y Brochu (2021) han teorizado sobre cómo puede darse esta relación en base a dos modelos transculturales sobre la percepción interpersonal e intergrupala, con amplio apoyo empírico, como son el modelo del contenido del estereotipo (Fiske et al., 2002) y el mapa BIAS (Cuddy et al., 2007). De este modo, explican como “la aceptación de los estereotipos sociales sobre los adultos mayores en la dimensión de calidez y competencia evoca emociones que impulsan conductas discriminatorias, estas van desde la negligencia y el abandono al abuso emocional, financiero o físico” (p. 1).

1.2.4.1. Modelo del contenido del estereotipo y mapa BIAS

Como ya se indicaba en el punto 3.2., el modelo del contenido del estereotipo defiende que las personas y los grupos sociales son clasificados en base a dos dimensiones, calidez y competencia (Fiske et al., 2002, 2007, citado en Shepherd y Brochu, 2021, p.2). De este modo, son percibidos a través de estereotipos univalentes positivos, univalentes negativos o mixtos, que predicen distintas formas de prejuicio (Shepherd y Brochu, 2021, p.2).

De acuerdo con lo anterior, el mapa BIAS postula como el prejuicio, en tanto que reacción afectiva, actúa como motor motivacional que puede impulsar conductas discriminatorias (Cuddy et al., 2007, citado en Shepherd y Brochu, 2021, p.3). Más concretamente, refiere que los prejuicios elicitados por los estereotipos de calidez y competencia provocan patrones específicos de comportamiento. Así, los estereotipos de calidez se asocian a comportamientos activos (facilitación activa en el caso de alta calidez y daño activo en el caso de baja calidez) y los de competencia a comportamientos pasivos (facilitación pasiva en el caso de alta competencia y daño pasivo en el caso de baja competencia). En consecuencia, el desprecio o la envidia puede desencadenar daño intencional a otros (abuso físico o financiero); la lástima o el desprecio, daño pasivo (abandono o negligencia); la compasión o admiración, apoyo proactivo (facilitación activa); y la envidia y la admiración, comportamientos de facilitación pasiva como asociarse con un grupo o miembro de este (Shepherd y Brochu, 2021, p.3).

De lo anterior se desprende que, la naturaleza activa o pasiva del comportamiento discriminatorio está determinada por la calidez o competencia del estereotipo, mientras que

la forma específica del mismo depende de la reacción afectiva o prejuicio (Cuddy et al., 2007, citado en Shepherd y Brochu, 2021, p.3)

1.3. Trato inadecuado hacia el adulto mayor: maltrato y negligencia

1.3.1. Conceptualización

El maltrato hacia las personas mayores se ha reconocido como un problema social desde hace relativamente poco tiempo (Muñoz Tortosa, 2004, p.15; OMS, 2003, p.68). Es un fenómeno universal (OMS, 2003, p.68), que implica un quebrantamiento de los derechos humanos fundamentales y un problema de salud pública (OMS, 2021).

En este sentido, existe una pluralidad de términos y definiciones para referirse al fenómeno, lo que ha dificultado su investigación, la elaboración de instrumentos psicométricos y el desarrollo de estrategias de intervención para su abordaje (Pérez-Rojo et al., 2017. pp 3-4; Muñoz Tortosa, 2004, pp.18-19).

Sin embargo, en la actualidad, parece haber cierto acuerdo entre las organizaciones y los profesionales en torno a dos definiciones sobre el maltrato a las personas mayores. La primera está contenida en la Declaración de Almería, difundida en la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado:

El maltrato al anciano es todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por este o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones) (Kessel et al., 1996, p. 369)

La segunda, se estableció en la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores:

El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión (OMS et al, 2002, p.332)

De esta manera, las dos descripciones anteriores dan cuenta de varios aspectos relevantes sobre el fenómeno que aquí nos ocupa: se produce en un contexto donde existe expectativa de seguridad, no tiene por qué haber intencionalidad y puede producir daño manifiesto o potencial riesgo de este.

1.3.2. Tipos de maltrato

El contar con categorías universales de tipos de maltrato hacia el adulto mayor facilitaría la detección de estas situaciones y la aplicación de estrategias de intervención específicas por parte de los profesionales. Sin embargo, como ocurre con la conceptualización del maltrato, los autores utilizan criterios propios, lo que dificulta que se pueda hablar de una única clasificación (IMSERO et al., 2007, p.17). No obstante, los diferentes trabajos consultados coinciden sobre cuáles son los tipos de maltrato más relevantes (Muñoz Tortosa, 2004, pp.26-28; Moya Bernal y Barbero Gutiérrez, 2005, p.25; IMSERO et al., 2007, p.18):

- **Maltrato físico.** Se refiere a las conductas de abuso o abandono que ocasionan lesiones, enfermedad o trastornos, independientemente de la gravedad y la frecuencia de estas. Por ejemplo, golpes, pellizcos, arañazos, puñetazos, empujones o bofetadas.
- **Maltrato psicológico.** Constituido por conductas verbales y no verbales que, de manera intencional, deshumanizan o causan angustia, miedo, estrés o pena. Por ejemplo, no hacer caso a las peticiones de ayuda, insultar, amenazar con el abandono, castigar o regañar si la persona mayor no realiza tareas para las que no tiene capacidad.
- **Negligencia.** Es la claudicación de la obligación de atender a una persona que precisa de terceros para cubrir sus necesidades básicas, ya sea de alimentación, higiene o atención médica (negligencia activa), o emocionales, por ejemplo, no responder ante los comportamientos de búsqueda de proximidad o interacción por parte de la persona dependiente (negligencia pasiva).
- **Abuso económico.** Lo constituye el uso inapropiado o ilegal de los recursos de la persona mayor. Por ejemplo, pequeñas sustracciones de dinero, obligarle o hacerle firmar mediante engaño documentación, negarle la disposición de su dinero o sus bienes y, en el caso de tutores legales, la gestión inadecuada de los recursos del adulto mayor.

- **Abuso sexual.** Se refiere a comportamientos o conductas de tipo sexual no consentidas o con personas que no tienen capacidad para dar consentimiento. Se incluye el atendado al pudor, las insinuaciones, el exhibicionismo, los contactos no consentidos y la violación.
- **Violación de derechos.** Quebrantamiento de los derechos recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos o en las legislaciones propias de cada país.
- **Violencia medicamentosa.** La administración inadecuada de medicación ya sea en exceso, en menor cantidad de la pauta prescrita o por no respetar las tomas estipuladas.

1.3.3. Modelos explicativos

Dentro de la misma cuestión, se han desarrollado modelos explicativos a fin de aportar luz sobre la etiología del problema. Como señala Muñoz Tortosa (2004, pp. 41-43), pese a que el maltrato hacia las personas de más edad cuenta con características propias, muchas de estas interpretaciones se han elaborado en base al desarrollo teórico previo sobre el maltrato infantil, la violencia de género y otras formas de violencia intrafamiliar. Así, esta puede ser una de las razones por las que ninguno de estos modelos explica en su totalidad el fenómeno. A continuación, se exponen los más representativas (IMSERSO et al., 2007, p.19; Pérez-Rojo et al., 2017, p.15; Muñoz Tortosa, 2004; pp. 44):

- **Modelo situacional.** Los factores asociados a la persona mayor, al responsable del cuidado y a la situación o contexto pueden incrementar el estrés percibido desencadenando el abuso hacia la persona receptora de los cuidados (Pérez-Rojo et al., 2017, p.5). Moya Bernal y Barbero Gutiérrez (2005, p.46) apuntan que este modelo puede favorecer que se responsabilice a la víctima.
- **Modelo patológico.** Las características de personalidad, psicopatológicas y/o los estilos de afrontamiento de la persona responsable del cuidado pueden impulsar comportamientos maltratantes o negligentes hacia la persona que se atiende (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998, citado en IMSERSO et al., 2007, p.20; Muñoz Tortosa, 2004; p. 44).
- **Teoría del intercambio social.** Cuando en una interacción social se produce un desequilibrio entre los costes y los beneficios o no se cumplen las expectativas de esta,

el maltrato puede producirse como consecuencia de lo anterior. Este modelo contempla que el abuso se produzca por una situación de vulnerabilidad de la víctima, pero también por una situación de dependencia del responsable (Phillips, 1986; Schiamberg y Gans, 2000; Homans, 1961, citados en IMSERSO et al., 2007, p.20).

- Modelo de la interacción simbólica. En este caso, el maltrato sería resultado de la interpretación o significado que víctima y responsable hacen de la interacción social y en la que influyen varios factores (roles, procesos de atribución y cognición, reciprocidad, etc.) (Moya Bernal y Barbero Gutiérrez, 2005, p.46; Decalmer y Glendenning, 1993, 2000, citado en IMSERSO et al., 2007, p.21).
- Modelo feminista. El maltrato como consecuencia de la desigualdad estructural que existe entre hombre y mujeres (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; citado en Pérez-Rojo, 2017, p.5). Este modelo sólo abordaría una parte del problema al no contemplar los casos víctimas mayores de sexo masculino (Moya Bernal y Barbero Gutiérrez, 2005, pp. 46-47).
- Teoría basada en las demandas excesivas. Henderson, Buchanan y Fisher (2002, citado en IMSERSO et al., 2007, p.21) plantean que el estrés derivado de la situación de cuidado sería el precursor de las conductas de maltrato o negligencia por parte de la persona a cargo. De este modo, autores como Pillemer (1986; citado en Muñoz Tortosa, 2004, p.48) puntualizan que sería concretamente el estrés interno o asociado a las características de la personalidad del cuidador, y no el estrés externo (contextual), el que explicaría este fenómeno.
- Transmisión intergeneracional de la violencia familiar. Este modelo, basado en las teorías del aprendizaje social, explica varias casuísticas de abuso hacia las personas de edad. Situaciones en las que la víctima mayor fue perpetradora de violencia hacia la persona que le asiste y que le está maltratando en la actualidad (por ejemplo, un hijo o la pareja) (Ansello, 1996, citado en IMSERSO et al., 2007, p.22). Otras de violencia de género cronificadas, que se visibilizan cuando la pareja llega a la ancianidad y tiene mayor contacto con los servicios sociosanitario. Y aquellas en las que se ha normalizado la violencia dentro de la familia (Papadopoulos y La Fontaine, 2000, citado en IMSERSO et al., 2007, p.22)

- Modelo ecológico del desarrollo de la conducta humana. El problema de maltrato y negligencia hacia las personas mayores estaría determinado por la interdependencia de varios sistemas: individual, interpersonal y social/comunitario (Bronfenbrenner, 1987, citado en Iborra Marmolejo, 2009, p.51)

1.3.4. Factores de riesgo

En consonancia con el último modelo expuesto, se han identificado factores de riesgo que se asocian a una mayor probabilidad de ocurrencia del fenómeno que aquí nos ocupa (Luengo et al., 1999, p.14). En la Tabla 1, se exponen aquellos que han sido considerados de mayor relevancia en los trabajos consultados.

Tabla 1. Factores de riesgo de abuso hacia el adulto mayor

Relacionados con la persona mayor	Relacionados con el responsable del cuidado	Relacionados con el contexto
Sexo femenino	Cuidador único	Situación de cuidado de larga duración
Edad avanzada	Hijo/a o cónyuge de la persona mayor	Falta de recursos económicos
Viudedad	Psicopatología	Escaso apoyo sociofamiliar
Bajos ingresos	Abuso de sustancias	Cohabitación
Nivel educativo bajo	Estrés	Conflictividad familiar
Problemas de salud	Falta de habilidades o experiencia de cuidado	Discriminación por razón de edad
Deterioro físico y funcional	Sentimientos negativos (ira, hostilidad)	Estereotipos negativos hacia la vejez
Alteraciones cognitivas y conductuales	Aislamiento social	Escaso contacto intergeneracional
Alteraciones psicoafectivas	Dependencia económica de la persona mayor	Trasgresión de leyes y normas
Sentimientos de culpa		
Soledad		
Aislamiento social		
Dependencia del cuidador		

Elaborado a partir de Pérez-Rojo et al. (2017, pp.6-7), Muñoz Tortosa (2004, pp.54-55), Moya Bernal y Barbero Gutiérrez (2005, p.48) e IMSERSO et al. (2007, p.23-34)

Con relación a lo expuesto anteriormente, cabe señalar que existen factores de riesgo específicos del ámbito institucional. De este modo, la falta de personal, la baja cualificación de la plantilla, la precarización de los salarios, la escasez de recursos materiales, la falta de adaptaciones técnicas en las instalaciones, el déficit de supervisión o control de las autoridades, la obstinación diagnóstica/terapéutica y/o la existencia de normas de

funcionamiento inadecuadas se han asociado a una mayor probabilidad de que se produzcan conductas maltratantes o negligentes hacia personas de edad avanzada que utilizan estos recursos (Moya Bernal y Barbero Gutiérrez, 2005, p.48).

Del mismo modo, una reciente revisión sistemática en la que se evaluaron 23 estudios de diferentes países del mundo, en su mayoría procedentes de EE. UU., China, Corea y España, reveló que son los factores sociales (bajos ingresos, aislamiento social...) y de salud (dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria) los que se asocian de manera más robusta con este problema social. Así mismo, reafirmaron la enorme complejidad y el indiscutible carácter multifactorial de este fenómeno (Santos et al., 2020, pp.2155-2173).

1.3.5. Prevalencia del problema

En función de lo planteado, cabe preguntarse cuál es la incidencia de esta problemática global. Dos estudios recientes, los primeros en realizar una revisión sistemática y metaanálisis de publicaciones sobre la prevalencia del abuso a personas mayores en el ámbito comunitario e institucional, dan cuenta de la envergadura de esta cuestión.

El primero de ellos (Yon et al., 2017, pp.150-152), basado en la evidencia disponible de un total de 52 estudios de 28 países distintos, estima que durante el último año el 15,7% de las personas de más de 60 años sufrieron algún tipo de abuso en el ámbito comunitario. Siendo el maltrato psicológico el más común (11,6%), seguido del abuso financiero (6,8%), la negligencia (4,2%), el maltrato físico (2,6%) y el abuso sexual (0,9%).

En el segundo trabajo, Yon et al. (2019, pp.60-61) analizaron nueve estudios sobre maltrato a personas mayores en el ámbito institucional, a partir de la información reportada por los residentes y por los propios trabajadores. Las estimaciones de prevalencia agrupadas para los diferentes tipos de maltrato informadas por los residentes en el último año fueron del: 33,4% para maltrato psicológico, 14,1% para maltrato físico, 13,8% para abuso financiero, 11,6% para negligencia y 1,9% para abuso sexual. Por su parte, un 64,2% de los trabajadores informaron haber cometido algún tipo de abuso en el mismo periodo, lo que es consistente con los datos de las personas residentes.

De acuerdo con lo expuesto, el abuso hacia las personas mayores es, además de la manifestación más grave de trato inadecuado hacia este colectivo, un problema global, de enorme complejidad y carácter multifactorial, que afecta a un porcentaje significativo de adultos mayores y que requiere una respuesta a múltiples niveles.

2. Justificación

Desde que Butler enfocara por primera vez el problema de la discriminación por edad en el año 1969, el interés por este fenómeno ha ido en progresivo aumento, con una mayor celeridad en las últimas décadas, como se refleja en el número de publicaciones al respecto (Blanca Mena et al., 2005, p.212). Existen varios motivos para ello. A saber, a diferencia de otras formas de discriminación, cualquier persona es susceptible de sufrir esta si llega a mayor (Snyder y Miene, 1994, citado en Sánchez-Palacios, 2004, p.33). Si bien, la relación causal entre las actitudes negativas hacia las personas de más edad y los comportamientos discriminatorios y de maltrato hacia estas no es fácilmente documentable (Dovidio et al., 1996, citado en Voss et al., 2018, p.12), existe extensa evidencia de que ambos fenómenos coexisten. Por ello, es plausible la hipótesis de que pueda existir una compleja relación entre ellos. Asimismo, diversos estudios dan cuenta del efecto que tienen los estereotipos negativos hacia la vejez en la autopercepción de las personas mayores y cómo esto afecta a su bienestar físico y mental (véase Barranquero y Ausín, 2019). Por último, qué duda cabe, el reto demográfico al que nos enfrentamos en los próximos años nos obliga a atender esta cuestión.

De este modo, en el año 2002, la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid, en su declaración política, instó a los Estados a “promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades” (art. 1), reafirmando el compromiso con la defensa de los derechos humanos y por la erradicación de la discriminación por razón de edad (art. 2). De igual modo, destacó el papel de la investigación como herramienta indispensable para esta tarea (art. 11) y, en su plan de acción, resaltó la necesidad promover una imagen positiva de esta etapa del desarrollo, poniendo en valor el potencial de las personas de más edad (OMS, 2003, p.49).

En el año 2020, la crisis sanitaria y social derivada de la Covid-19, puso de manifiesto que la edad sigue siendo una barrera para el reconocimiento de los derechos que deberían ser inalienables para todas las personas. La sociedad en su conjunto, pero los profesionales sociosanitarios en particular, deben ser valedores de los derechos de este colectivo, al que toda persona pertenecerá en algún momento. Las creencias estereotipadas sobre las personas de más edad pueden interferir en esta tarea y, en última instancia, ser precursoras de comportamientos discriminatorios.

Por todo lo anterior, el presente trabajo pretende contribuir a aumentar el conocimiento sobre esta cuestión, a través del estudio de la prevalencia de los ENV en población general y profesionales socio sanitarios y su asociación con comportamientos inadecuado, con la intención de que pueda servir para el desarrollo futuro de estrategias de sensibilización e intervención.

3. Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo general conocer en qué medida son aceptados los estereotipos negativos hacia la vejez por la población general y por los profesionales del ámbito sociosanitario, y si estas creencias e ideas se asocian a comportamientos de trato inadecuado hacia las personas mayores.

A continuación, se exponen los objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de ENV en la población general.
- Conocer la prevalencia de ENV en la población de profesionales sociosanitarios.
- Determinar si existen diferencias en cuanto al grado de acuerdo con los ENV en función del tipo de profesión ejercida.
- Determinar si existen diferencias en cuanto al grado de acuerdo con los ENV en función de si se cuenta o no con formación específica sobre vejez y envejecimiento.
- Determinar si existen diferencias en cuanto al grado de acuerdo con los ENV en función del nivel de contacto con población mayor.
- Determinar si existe asociación entre los ENV y las conductas de trato inadecuado hacia la población mayor.

4. Hipótesis

A continuación, se enumeran las hipótesis de investigación, de acuerdo con los objetivos específicos expuestos en el epígrafe anterior:

- Hipótesis 1: Se encontrará un elevado porcentaje de puntuaciones altas de ENV en la población general.
- Hipótesis 2: Se encontrará un elevado porcentaje de puntuaciones bajas de ENV en la población de profesionales sociosanitarios.
- Hipótesis 3: Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global de CENVE en función del tipo de profesión/rama de estudios/experiencia profesional, siendo más elevada en la población general.
- Hipótesis 4: Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global de CENVE en función de si se cuenta o no con formación específica sobre vejez y envejecimiento, siendo más elevada en aquellos que no cuentan con formación específica en esta materia.
- Hipótesis 5: Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global de CENVE en función del grado de contacto con personas mayores de 65 años, siendo más elevada en aquellos que mantiene un menor grado de contacto con personas mayores.
- Hipótesis 6: Se hallará una correlación positiva estadísticamente significativa entre la puntuación global de CENVE y la puntuación del cuestionario de conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor.

5. Marco metodológico

5.1. Diseño y variables

El presente trabajo se trata de un estudio no experimental, de tipo correlacional y corte transversal.

Respecto a la selección de la muestra, se llevó a cabo mediante muestreo no probabilístico, cuyo único criterio de exclusión fue no ser mayor de edad. La participación en el estudio se hizo de manera voluntaria en el periodo en el que estuvo activo el cuestionario on-line.

Como variables independientes se consideraron la *profesión, rama de estudios o experiencia profesional* – que sirvió de variable de selección para discriminar a los dos grupos de población estudiados, general y sociosanitaria-, *formación específica en vejez o envejecimiento y grado de contacto con personas mayores de 65 años*. Como variables dependientes se tuvieron en cuenta los *estereotipos negativos hacia la vejez y el envejecimiento* y las *conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor*.

5.2. Participantes

Como se indica en la Tabla 2, la muestra de este estudio está compuesta por un total de 402 participantes, de los cuales un 65,4% son mujeres (n=263) y un 34,6 son hombres (n=139), con edades comprendidas entre los 18 y 84 años (M=40,19; DE=12,10). La mayoría de ellos con nacionalidad española (98,5%; n=396), formación universitaria (75%; n=305) y actividad laboral remunerada (81,3%; n=327).

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	263	65,4
	Hombre	139	34,6
Edad	18-24	6	1,5
	25-34	135	33,6
	35-49	182	45,3
	50-64	55	13,7
	64-84	24	6,0
Nacionalidad	Española	396	98,5
	Otra	3	0,7
	Perdidos	3	0,7
Estado Civil	Soltero/a	195	48,5
	Casado/a o pareja de hecho	179	44,5
	Viudo/a	3	0,7
	Separación o divorcio	25	6,2
Nivel formativo	Sin estudios	1	0,2
	Estudios primarios	15	3,7
	Estudios secundarios	12	3,0
	Bachillerato, FP y otros	69	17,2
	Estudios universitarios	305	75,9
Ocupación	Estudiante	15	3,7
	Actividad laboral	327	81,3
	Desempleado/a	33	8,2
	Jubilado/a	27	6,7
Total		402	100

Elaboración propia.

Por su parte, la Tabla 3, la Tabla 4 y la Tabla 5 recogen los indicadores sociodemográficos específicos para el contraste de hipótesis.

Tabla 3. Profesión, rama de estudios o experiencia profesional

		Frecuencia	Porcentaje
Profesión, estudios, experiencia	Población socio sanitaria*	141	35,1
	Población general**	261	64,9
Total		402	100

*Socio sanitaria; **Otra

Elaboración propia.

Tabla 4. Formación específica en envejecimiento

		Frecuencia	Porcentaje
Formación envejecimiento	Sí	108	26,9
	No	294	73,1
Total		402	100

Elaboración propia.

Tabla 5. Grado de contacto con personas mayores de 65 años

		Frecuencia	Porcentaje
Contacto con personas mayores	Diario	120	29,9
	Frecuente	173	43,0
	Esporádico	101	25,1
	Ninguno	8	2,0
Total		402	100

Elaboración propia.

5.3. Instrumentos

5.3.1. Cuestionario de indicadores sociodemográficos

Se confeccionó una encuesta de información sociodemográfica a fin de explorar las siguientes variables: sexo, edad, nacionalidad, estado civil, nivel formativo y ocupación actual. Del mismo modo, se incluyeron tres ítems con el objetivo de recabar información específica para el contraste de hipótesis:

- *Profesión, rama de estudios o experiencia profesional*, con dos opciones de respuesta (sociosanitaria u otra). Esta variable permitió discriminar a los sujetos pertenecientes a las dos poblaciones objeto de investigación. De este modo, aquellos participantes que informaron profesión, estudios o experiencia sociosanitaria, constituyeron el grupo de población sociosanitaria. El resto de ellos- los que indicaron como opción de respuesta “Otra”-, constituyeron el grupo de población general.
- *Formación específica en vejez o envejecimiento*, con dos opciones de respuesta (sí o no).
- *Grado de contacto con personas mayores de 65 años*, con cuatro opciones de respuesta (diario, frecuente, esporádico o ninguno).

5.3.2. Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE; Blanca Mena et al., 2005)

Este instrumento evalúa las creencias y estereotipos acerca de la vejez en población mayor (65 años o más). No obstante, también ha sido validado para población adulta (Menéndez Álvarez-Dardet et al., 2016).

El cuestionario está compuesto por 15 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (1=muy en desacuerdo, 2=algo en desacuerdo, 3=algo de acuerdo y 4=muy de acuerdo). Cuenta con tres subescalas: *salud*, *motivacional-social* y *carácter-personalidad*, de 5 ítems cada una, que se ordenan de manera alternante a lo largo del instrumento. Cabe señalar que Menéndez Álvarez-Dardet et al. recomiendan hacer una lectura unidimensional del cuestionario, al no haber replicado la estructura de tres factores en su estudio (2016, p.327). Sin embargo, en el presente trabajo se sigue la directriz del estudio original.

La puntuación del instrumento oscila entre 5 y 20 para cada uno de los factores y entre 15 y 60 para la escala en su conjunto. De acuerdo con la interpretación de Aristizábal-Vallejo et al. (2009, p.40): una puntuación global de 15 a 28 corresponde a un muy bajo nivel de acuerdo con los estereotipos negativos acerca de la vejez, de 29 a 39 bajo, de 40 a 50 alto y de 51 a 60 muy alto.

Finalmente, cabe señalar que el cuestionario es un medio fiable para cuantificar la variable dependiente, ya que presenta buenas propiedades psicométricas. Cuenta con alfas de Cronbach de 0,67, 0,64 y 0,66 para los factores salud, motivacional-social y carácter-personalidad, respectivamente; y las correlaciones ítems-factor superan el 0,3 en todos los casos, salvo en uno de ellos (0,279) (Blanca Mena et al., 2005, p.215).

5.3.3. Cuestionario ad hoc de conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor

Se confeccionó un cuestionario *ad hoc* de 15 ítems, donde se describen situaciones de trato inadecuado hacia personas mayores de 65 años, en forma de afirmaciones en primera persona (por ejemplo, “subo el tono de voz cuando interactúo con personas mayores de mi entorno”), y cuatro opciones de respuesta tipo Likert (0=nunca, 1=casi nunca, 2=algunas veces y 3=muchas veces). Así, la persona encuestada debe autoinformar con qué frecuencia ha manifestado cada comportamiento. La puntuación total oscila entre 0 y 45.

5.3.3.1. Elaboración de los ítems

Se seleccionó una muestra heterogénea de comportamientos de trato inadecuado hacia personas mayores, en cuanto a tipología y gravedad, a partir de la revisión de varios instrumentos de detección de situaciones de discriminación y riesgo de maltrato y negligencia hacia esta población. A saber, el *Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores* (EASI; adaptado al castellano por Pérez-Rojo et al., 2010), la *Escala de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes* (EDMA; Touza et al., 2011) y el cuestionario *EVE-Discriminación* (EVE-D; Ribera Casado et al., 2016), este último destinado al trabajo de investigación en esta materia. Las conductas seleccionadas para ser incluidas en el cuestionario (o autorregistro), se trasladaron al mismo en forma de afirmación en primera persona con el objetivo de que los participantes informaran de la frecuencia con la que emiten cada una de ellas en la interacción con personas mayores de 65 años.

5.4. Procedimiento

El procedimiento seguido para la consecución del trabajo se ha desarrollado a lo largo de varios meses, entre septiembre de 2020 y junio de 2021.

En una primera fase, se realizó una extensa búsqueda bibliográfica sobre el tema de investigación, estereotipos negativos hacia la vejez y conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor, en lo referente al estado de la cuestión y los instrumentos de evaluación disponibles. Asimismo, se elaboraron varios documentos: el Formulario de TFE, en el que se volcó la información más relevante del proyecto de investigación, el Compromiso de confidencialidad de datos (Anexo A) y el Consentimiento informado (Anexo B), indispensables para la aceptación del proyecto por parte de la Comisión de Investigación del TFM, cuya resolución favorable se puede consultar en el ANEXO C.

En una segunda fase, se seleccionó y confeccionaron los cuestionarios destinados a medir las diferentes variables del estudio (para más detalle, ver epígrafe 5.3.) y se diseñó el instrumento que se emplearía en la siguiente etapa para la recogida de información (Anexo D). Para ello, se confeccionó un formulario de cuatro bloques diferenciados a través de la plataforma *Google Forms*:

- Bloque primero. Destinado a la lectura y aceptación obligatoria del consentimiento informado, en el que se recogen los detalles del estudio.
- Bloque segundo. Cuestionario de información sociodemográfica (ver 5.3.1.)

- Bloque tercero. *Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez* (Blanca Mena et al., 2005) (ver 5.3.2.)
- Bloque cuarto. Cuestionario *ad hoc* de conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor (ver 5.3.3.)

Cabe destacar que, en la consigna del formulario, se reiteró el compromiso de anonimato y confidencialidad, solicitando a los participantes la máxima sinceridad en las respuestas a fin de disminuir la deseabilidad social a la hora de responder.

Finalmente, en una tercera fase comprendida entre el 18 y 29 de noviembre de 2020, se realizó el reclutamiento de la muestra y la aplicación del instrumento de manera simultánea. Para ello, se utilizó un mensaje corto de texto, con una breve explicación del estudio y un enlace de acceso telemático al formulario, que se publicitó en diversos grupos de la plataforma Whatsapp. Los participantes, a su vez, colaboraron en la difusión del cuestionario a través sus redes sociales

5.5. Análisis de datos

Se recibieron un total de 408 formularios cumplimentados, de los cuales 6 fueron descartados por tratarse de encuestas repetidas. De este modo, se incluyeron en el análisis de datos 402 cuestionarios.

La codificación y el tratamiento estadístico se realizó mediante el programa *IBM SPSS Statistics* en su versión 25 y se estableció un nivel de confianza del 95% ($p < 0,005$). Se efectuaron las siguientes pruebas:

- Análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, media y desviación típica) para conocer las características sociodemográficas de la muestra y los resultados en los cuestionarios de estereotipos negativos hacia la vejez y conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor.
- Prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si las variables cuantitativas del estudio se ajustan a la curva normal, dado que la muestra es $n > 50$.
- Análisis de diferencias de medias para muestras independientes, pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis, y comprobaciones post hoc.
- Análisis de correlación Rho de Spearman.

6. Resultados

6.1.1. Análisis descriptivo de los ENV y las poblaciones estudiadas

En la Tabla 6 se resumen las características sociodemográficas de la muestra de población general (n=261), con una mayor proporción de participantes con edades comprendidas entre los 35 y 49 años, de nacionalidad española, con formación universitaria y actividad laboral remunerada.

Tabla 6. Características sociodemográficas de la población general

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	148	56,7
	Hombre	113	43,3
Edad	18-24	4	1,5
	25-34	71	27,2
	35-49	120	46,0
	50-64	46	17,6
	64-84	20	7,7
Nacionalidad	Española	257	98,5
	Otra	3	1,1
	Perdidos	1	0,4
Estado Civil	Soltero/a	118	45,2
	Casado/a o pareja de hecho	127	48,7
	Viudo/a	2	0,8
	Separación o divorcio	14	5,4
Nivel formativo	Sin estudios	1	0,4
	Estudios primarios	14	5,4
	Estudios secundarios	11	4,2
	Bachillerato, FP y otros	58	22,2
	Estudios universitarios	177	67,8
Ocupación	Estudiante	5	1,9
	Actividad laboral	207	79,3
	Desempleado/a	26	10,0
	Jubilado/a	23	8,8
Total		261	100

Elaboración propia

Asimismo, en la Tabla 7 y Figura 2 se expone la información relativa al grado de acuerdo con los estereotipos negativos hacia la vejez en este grupo y su distribución por factores. De acuerdo con los resultados obtenidos, un 11,5% de la muestra de población general presenta un alto grado de acuerdo con estas creencias estereotipadas y un 0,4% un muy alto grado de

acuerdo, lo que indicaría una prevalencia del 11,9% (n=31). Así mismo, la puntuación más alta se obtiene en el factor *Carácter-Personalidad*, seguido de *Salud y Motivacional-Social*.

Tabla 7 . Medias y desviaciones típicas de CENVE y sus factores en población general

	Media	DT
Salud	10,03	2,451
Motivacional-Social	9,80	2,713
Carácter-Personalidad	10,97	2,980
CENVE	30,81	6,774

DT: desviación típica.

Elaboración propia

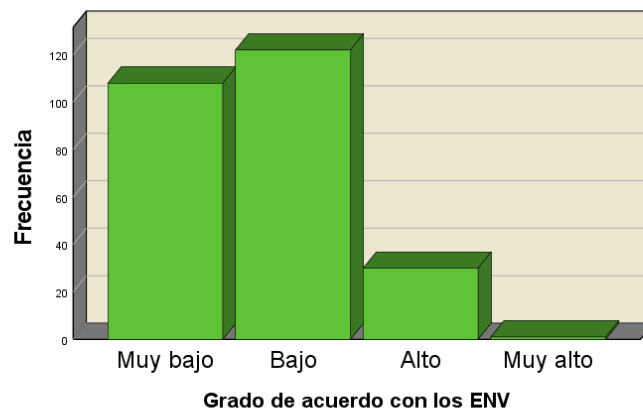


Figura 2. Distribución de las puntuaciones de CENVE en población general. (Elaboración propia)

En el mismo orden, la Tabla 8 expone las características sociodemográficas de la muestra de población sociosanitaria (n=141), en su mayoría mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y 49 años, de nacionalidad española, con formación universitaria y actividad laboral remunerada.

Tabla 8. Características sociodemográficas de la población sociosanitaria

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	115	81,6
	Hombre	26	18,4
Edad	18-24	2	1,4
	25-34	64	45,4
	35-49	62	44,0
	50-64	9	6,4
	64-84	4	2,8
Nacionalidad	Española	139	98,6
	Perdidos	2	1,4
Estado Civil	Soltero/a	77	54,6
	Casado/a o pareja de hecho	52	36,9
	Viudo/a	1	0,7
	Separación o divorcio	11	7,8
Nivel formativo	Sin estudios	0	0,0
	Estudios primarios	1	0,7
	Estudios secundarios	1	0,7
	Bachillerato, FP y otros	11	7,8
	Estudios universitarios	128	90,8
Ocupación	Estudiante	10	7,1
	Actividad laboral	120	85,1
	Desempleado/a	7	5,0
	Jubilado/a	4	2,8
Total		141	100

Elaboración propia

Del mismo modo, la Tabla 9 y la Figura 3 contienen la información relativa a los estereotipos negativos hacia la vejez y sus dimensiones para el grupo de población sociosanitaria. Los datos indican que un 2,8% manifiesta un alto grado de acuerdo y un 0,7% un muy alto grado de acuerdo, un total del 3,5% de la muestra, muy por debajo del grupo de población general. Así, el mayor grado de acuerdo estaría en relación con el factor *Carácter-Personalidad*, seguido de *Motivación-Social y Salud*.

Tabla 9. Medias y desviaciones típicas de CENVE y sus factores en población sociosanitaria

	Media	DT
Salud	8,74	2,377
Motivacional-Social	8,86	2,448
Carácter-Personalidad	9,77	2,755
CENVE	27,37	6,313

DT: desviación típica.

Elaboración propia

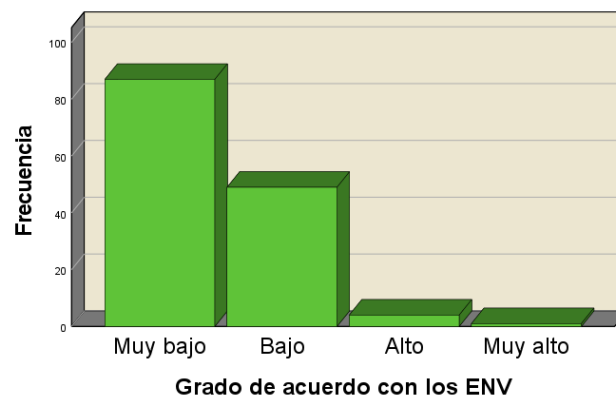


Figura 3. Distribución de las puntuaciones de CENVE en población sociosanitaria.

(Elaboración propia)

6.1.2. Análisis de diferencias de medias para muestras independientes

Tras confirmar, mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, que las variables estudiadas no se ajustaban a la distribución normal ($p < 0,001$ para todas ellas), se procedió al contraste de hipótesis haciendo uso de las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis.

Tabla 10. Medias y desviaciones típicas de CENVE en función del tipo de profesión, estudios o experiencia profesional

	Población sociosanitaria		Población general	
	Media	DT	Media	DT
Salud	8,74	2,377	10,03	2,451
Motivacional-Social	8,86	2,448	9,80	2,713
Carácter-Personalidad	9,77	2,755	10,97	2,980
CENVE	27,37	6,313	30,81	6,774

DT: desviación típica.

Elaboración propia.

De esta manera, las diferencias en función del tipo de profesión, rama de estudios y experiencia profesional informada por los participantes resultaron significativas tanto para la puntuación total de estereotipos negativos hacia la vejez ($U=12909,5$; $p\leq 0,0001$), como en sus tres factores: Salud ($U=12668$; $p\leq 0,0001$), Motivacional-Social ($U=14760$; $p=0,001$) y Carácter-Personalidad ($U=14022$ $p\leq 0,0001$). De este modo, las personas cuyos estudios, trabajo o experiencia laboral están relacionados con el sector sociosanitario (población sociosanitaria) presentan menor grado de acuerdo con las creencias estereotipadas sobre las personas mayores en su conjunto y en sus tres dimensiones (Tabla 10).

Tabla 11. Medias y desviaciones típicas de CENVE en función de contar o no con formación específica en vejez y envejecimiento

	Con formación específica		Sin formación específica	
	Media	DT	Media	DT
Salud	8,93	2,699	9,82	2,699
Motivacional-Social	8,98	2,676	9,65	2,676
Carácter-Personalidad	9,84	3,018	10,81	3,018
CENVE	27,75	7,138	30,28	7,138

DT: desviación típica.

Elaboración propia.

En la misma línea, las diferencias encontradas en función de la variable *Formación específica en vejez y envejecimiento* (Tabla 11), con dos categorías de respuesta (1=sí, 2=no), fueron significativas para las puntuaciones totales del CENVE ($U=11972,5$; $p\leq 0,0001$) y para sus tres factores: Salud ($U=12353$; $p\leq 0,0001$), Motivacional-Social ($U=13389$; $p=0,015$) y Carácter-Personalidad ($U=12365$ $p\leq 0,0001$).

Tabla 12. Medias y desviaciones típicas de CENVE en función del grado de contacto con personas mayores de 65 años

	Diario		Frecuente		Esporádico		Ninguno	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Salud	9,49	2,635	9,31	2,401	10,12	2,499	9,75	1,753
Motivacional-Social	9,64	2,516	9,16	2,773	9,85	2,636	9,00	1,927
Carácter-Personalidad	10,91	2,783	10,13	3,173	10,77	2,653	11,63	3,503
CENVE	30,04	6,511	28,60	7,172	30,74	6,390	30,38	6,346

DT: desviación típica.

Elaboración propia.

Finalmente, para el análisis de las diferencias en función de la variable *Grado de contacto con personas mayores de 65 años* (Tabla 12), se aplicó la prueba H de Kruskal Wallis. Los resultados no revelaron diferencias estadísticamente significativas para los tres factores (Salud: $H=7,195$, $p=0,066$; Motivacional-Social: $H=6,325$, $p=0,097$; Carácter-Personalidad: $H=7,064$, $p=0,070$), pero sí para la puntuación global de CENVE ($H=8,112$, $p=0,044$). Para averiguar entre qué pares de grupos (diario-frecuente, diario-esporádico, diario-ninguno, frecuente-esporádico, frecuente-ninguno y esporádico-ninguno) se daban las diferencias estadísticamente significativas en relación con los ENV (puntuación global en CENVE), se aplicó la prueba U de Mann Whitney para cada par, resultado únicamente significativa la diferencia entre el grupo de contacto frecuente y contacto esporádico como se indica en la Tabla 13.

Tabla 13. Comprobaciones post hoc (diferencias en CENVE en función del grado de contacto con personas mayores de 65 años)

CENVE	Diario	Frecuente	Esporádico	Ninguno
Diario		U=9102,500 p=0,073	U=5535,000 p=0,267	U=459,500 p=0,840
			U=7059,500 p=0,008	U=580,000 p=0,439
Frecuente	U=9102,500 p=0,073		U=7059,500 p=0,008	U=384,500 p=0,821
Esporádico	U=5535,000 p=0,267	U=7059,500 p=0,008		U=384,500 p=0,821
Ninguno	U=459,500 0,840	U=580,000 p=0,439	U=384,500 p=0,821	

U: U de Mann Whitney; p: Probabilidad de significación estadística

Elaboración propia.

6.1.3. Análisis de correlación

Para concluir el análisis de datos, se aplicó la prueba no paramétrica Rho de Spearman, cuya representación gráfica puede verse en la Figura 3, a fin de conocer si existía correlación entre los estereotipos negativos hacia la vejez y las conductas de trato inadecuado. De este modo, los resultados mostraron correlación positiva entre ambas variables ($Rho=0,304$; $p\leq 0,0001$). Sin embargo, el valor de Rho es próximo a cero, por lo que la fuerza de la relación entre variables es baja y poder predictivo es limitado.

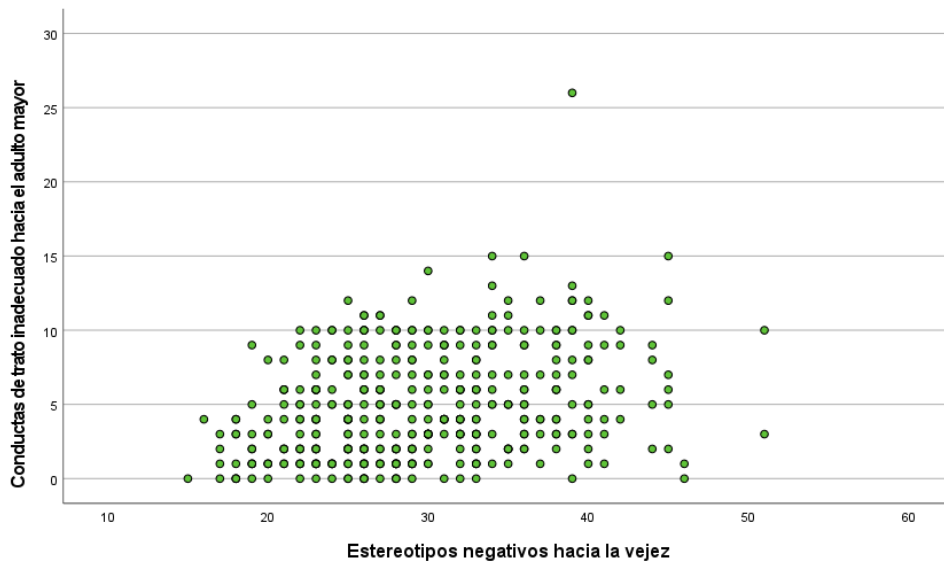


Figura 4. Diagrama de dispersión entre las variables ENV y conductas de trato inadecuado.
(Elaboración propia)

7. Discusión

Este trabajo ha perseguido el objetivo de conocer en qué medida son aceptados los estereotipos negativos hacia la vejez por la población general y por los profesionales del ámbito sociosanitario, y si estas creencias e ideas se asocian a comportamientos de trato inadecuado hacia el adulto mayor. Asimismo, esta investigación ha buscado averiguar si el grado de acuerdo con los ENV varía en función de diferentes indicadores sociodemográficos.

Así, de acuerdo con la interpretación de Aristizábal-Vallejo et al. (2009, p.40) para las puntuaciones del CENVE (Blanca Mena et al., 2005), se considera que aquellas personas que reflejan un grado de acuerdo “alto” o “muy alto” con creencias estereotipadas hacia las personas de más edad- es decir, que tiene una puntuación global igual o superior a 40 puntos en el instrumento antes citado-, presentan estereotipos negativos hacia la vejez.

De este modo, los resultados han revelado que la prevalencia de ENV, en la muestra reclutada para este estudio, es de un 11,9% para la población general y de un 3,5%, para la población sociosanitaria. Por tanto, se puede concluir que, de manera general, que las personas que han participado en este trabajo no comulgan con una visión estereotipada de la vejez y el envejecimiento, ya que las puntuaciones medias de CENVE para los dos grupos de población están por debajo del punto de corte.

Por consiguiente, la primera hipótesis de la investigación se ha visto refutada, dado que el porcentaje de ENV en el grupo de población general ha sido mucho más bajo de lo esperado. Por el contrario, se ha confirmado la segunda hipótesis ya que, como se preveía, el índice de ENV en el grupo de población sociosanitaria ha sido residual.

El resultado de la prevalencia de ENV en la población sociosanitaria aquí recogido, se contrapone al encontrado en otros trabajos. Por ejemplo, Franco et al. (2010, p.990) encontraron una prevalencia del 65% entre el personal sociosanitario del Hospital Regional nº1 de Querétaro, en México. Asimismo, el 62% de una muestra de estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Cantabria, mostraron un alto o muy alto grado de acuerdo con los ENV (Sarabia Cobo y Castanedo Pfeiffer, 2015, p.11).

En este mismo orden de ideas, los resultados de este trabajo mostraron que el tipo de profesión, rama de estudios o experiencia profesional informada por los participantes, es decir, el pertenecer a uno u otro grupo de población (general versus sociosanitaria), determina la puntuación global obtenida en el CENVE así como en sus tres dimensiones, siendo menor en el grupo de población sociosanitaria, como se hipotetizó. En esta línea, Rello et al., apoyándose en resultados similares, sugieren que “formarse en una disciplina de salud disminuye los estereotipos negativos” hacia las personas mayores (2018, p.117).

También se probó que la formación específica en vejez y envejecimiento informada por los participantes es un factor relevante para el puntaje total obtenido en el cuestionario, así como en sus tres factores. Dicho de otro modo, el grado de acuerdo con los ENV es distinto dependiendo de si se cuenta o no con esta formación, siendo menor en el caso de estar más educado en esta materia. Resultados como este sustentan el uso de la formación gerontológica como estrategia de intervención para eliminar los ENV. De este modo, el estudio de Sarabia Cobo y Castanedo Pfeiffer, mostró una disminución significativa de las puntuaciones globales en CENVE y sus tres factores en un grupo de estudiantes tras cursar la asignatura Enfermería del Envejecimiento (2015, p.11). Asimismo, Rello et al. (2018, p. 115-118) observaron que profesionales de Terapia Ocupacional y Fisioterapia presentaban menos ENV que los estudiantes de cuarto y, estos a su vez, que los estudiantes de primero. Estos resultados hacen pensar que la formación curricular en envejecimiento, ya sea a través de asignaturas específicas o de manera transversal, influye positivamente en la disminución de estereotipos negativos.

Respecto al efecto que tiene el grado de contacto con mayores de 65 años sobre las creencias estereotipadas hacia las personas de más edad, no se hallaron diferencias notables en ninguna de las tres dimensiones (salud, motivacional-social y carácter-personalidad). Por el contrario, sí se encontraron en el puntaje global de CENVE, pero únicamente entre el grupo de participantes que informaron contacto frecuente y el grupo de participantes que informaron contacto esporádico, por lo que queda rechazada la hipótesis de investigación. Esta misma variable no resultó determinante en el estudio de Menéndez Álvarez-Dardet et al. (2016, p.327).

Por último, y según lo esperado, los resultados de este trabajo revelaron la existencia de asociación entre el grado de acuerdo con ENV y los comportamientos de trato inadecuado hacia personas mayores autoinformados por los participantes. No obstante, como ya se apuntó más arriba, la fuerza de la relación es baja, por lo que el poder predictivo es limitado.

7.1. Limitaciones

Si bien estos resultados pueden aportar información de interés al campo de estudio que aquí nos ocupa, no hay que perder de vista que este trabajo, enmarcado dentro del currículum formativo del Máster de Psicología General Sanitaria, ha supuesto la primera aproximación al trabajo de investigación para su autora, por lo que caben esperar algunas limitaciones en su desarrollo.

El primer lugar, los participantes no fueron elegidos al azar y no se consiguió un tamaño homogéneo de los diferentes grupos de la muestra, por lo que los datos obtenidos pueden no ser representativos de las poblaciones estudiadas. Es por ello por lo que los resultados no son generalizables.

En segundo lugar, la recogida de información acerca de las variables sociodemográficas (tipo de profesión, formación en vejez y contacto con personas mayores) se ha realizado mediante preguntas aproximativas muy generales, lo que puede permitir un amplio margen al sesgo de respuesta. En este sentido, en el futuro puede resultar de gran utilidad acotar en mayor medida las opciones de respuesta para evitar lo anterior, pero también para afinar el análisis de las relaciones entre variables y determinar más certeramente qué componentes están influyendo en el problema.

En tercer lugar, cabe destacar la falta de instrumentos estandarizados para la evaluación de los comportamientos de trato inadecuado hacia el adulto mayor desde el punto de vista del supuesto responsable, dado que las escalas destinadas a valorar situaciones de riesgo, de negligencia y de maltrato hacia las personas mayores, usualmente están diseñadas para ser respondidas por la supuesta víctima y, en la mayoría de los casos, no son útiles para investigación al no contar con repertorio de conductas más sutiles.

Esta cuestión se resolvió mediante la elaboración de un cuestionario *ad hoc*. Sin embargo, la validez del mismo es muy limitada, ya que no se desarrolló un trabajo de validación previo.

Asimismo, en la consigna no se ha incluido un periodo temporal para orientar el recuerdo de los comportamientos de trato inadecuado emitidos (por ejemplo, en el último año), lo que puede favorecer que los participantes utilicen criterios heterogéneos para sus respuestas. Por otro lado, en la confección del cuestionario, se priorizó el incluir una muestra heterogénea de comportamientos en cuanto a tipo y gravedad, y no que tuvieran correspondencia con el tipo de creencias estereotipadas incluidas en el cuestionario CENVE. De cara a próximas investigaciones, puede ser interesante medir estereotipos relacionados en contenido con los comportamientos explorados para comprobar si existe un componente de especificidad. Por ejemplo, si estereotipos del tipo “las personas mayores son como niños” fomentan comportamientos de infantilización, pero no de abuso físico.

Por último, es incuestionable que, aunque se subrayó el compromiso de mantener el anonimato de los participantes y de confidencialidad de los datos, la deseabilidad social ha podido sesgar las respuestas de los encuestados.

7.2. Prospectiva

Como ha quedado reflejado a lo largo del presente trabajo, la discriminación por edad es un problema social y de salud de gran envergadura y complejidad. Perseverar en la investigación de este fenómeno puede contribuir de manera determinante a su erradicación. Con este objetivo y la vista puesta en el desarrollo de futuros trabajos, puede ser de utilidad incidir en algunas áreas específicas.

De este modo, el estudio de la relación entre los comportamientos de trato inadecuado hacia el adulto mayor y los ENV en poblaciones más específicas (por ejemplo, diferentes tipos de profesionales sanitarios, cuidadores informales versus cuidadores formales, etc.) puede favorecer un análisis más riguroso de los factores implicados. También, como se apuntaba más arriba, el explorar si existe un componente de especificidad entre el contenido de los ENV y el tipo de conductas de trato inadecuado que elicitán.

Sea como fuere, estudios como este sirven de fundamento para el desarrollo de estrategias de intervención y sensibilización. Es más, la mera participación en trabajos exploratorios puede promover una mayor concienciación.

En este sentido, algunos de los participantes de este estudio relataron cómo el mero hecho de haber cumplimentado el formulario les hizo tomar conciencia de algunos comportamientos discriminatorios que les habían pasado inadvertidos hasta el momento.

Lo que es indudable es que todavía quedan muchas cuestiones por resolver, quizá la más relevante es si los componentes cognitivos y afectivos de las actitudes negativas hacia las personas mayores son factores causales de los comportamientos discriminatorios y abusivos hacia este colectivo o únicamente variables moduladoras del fenómeno.

Referencias bibliográficas

- Aristizábal-Vallejo, N., Morales, A., Salas, B.C. y Torres, A.M. (2009). Estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes universitarios. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 35-44.
<https://issuu.com/universidadelbosque/docs/vol9>
- Barranquero, R. y Ausín, B. (2019). Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. *Psicogeriatría*, 9(1), 41-47.
- Blanca Mena, M.J., Sánchez Palacios, C. y Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220. <https://medes.com/publication/52617>
- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.
<https://doi.org/10.1093/geront/9.4 Part 1.243>
- Campos Aldana, A. L. y Huertas de González, C. (2011). Hacia la comprensión integral de los procesos de vejez y envejecimiento desde las diferentes perspectivas. *Revista Tendencias y Retos*, (16), 111-123.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929351>
- Celdrán, M. y Serrat, R. (2019). Participación social y cívica. En Celdrán, M., Triadó, C. y Posada, F. V. (Eds.). *Desarrollo adulto y envejecimiento* (pp.241-262). Alianza Editorial.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73 (4), 321-330.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v73n4/a09v73n4.pdf>
- Fericgla, J.M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Anthropos.
- Ferrer Pérez, V.A. y Bosch Fiol, E. (2000). Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. *Papeles del Psicólogo*, (75), 13-19.
<http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=815>

- Franco, M., Villareal, E., Vargas, E.R., Martínez, L. y Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista médica de Chile*, 138(8), 988-993. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800007>
- García-Valdecasas Medina, J.I. (2018). Sociología de la vejez. En Maldonado Molina, J. A. (Dir.). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores* (pp.55-74). Dykinson. <https://bv.unir.net:3555/es/ereader/unir/106087?page=1>
- Grandi, F. y Tirapu Ustárroz, J. (2017). Neurociencia cognitiva del envejecimiento: modelos explicativos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 52(6), 326-331. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.005>
- Iborra Marmolejo, I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, (45), 49-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3021586>
- IMSERSO (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. https://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
- IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, SEGG y OMS (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- INE (2020). *Pirámides de Población de España: ayer, hoy y mañana*. https://www.ine.es/infografias/infografia_dia_poblacion.pdf
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X. y Facal, D. (2019) Atención, memoria y lenguaje. En Celdrán, M., Triadó, C. y Posada, F. V. (Eds.). *Desarrollo adulto y envejecimiento* (pp.75-105). Alianza Editorial.
- Kessel, H., Marín, N. y Maturana, N. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 31(6), 367-372.

- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Garra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio del Interior.
- Martín, A. y Requejo, A. (2005). Fundamentos y propuestas de la educación no formal con personas mayores. *Revista de Educación*, 338, 45-66.
<http://www.revistaeducacion.mepsyd.es/re338/re338.pdf#page=46>
- Menéndez Álvarez-Dardet, S., Cuevas-Toro, A.M., Pérez-Padilla, J. y Lorence Lara, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(6), 323-328.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.003>
- Moya Bernal, A. y Barbero Gutiérrez, J. (coord.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Muñoz García, A. (2018). Participación social en la vejez. En Maldonado Molina, J. A. (Dir.). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores* (pp.115-129). Dykinson. <https://bv.unir.net:3555/es/ereader/unir/106087?page=1>
- Muñoz Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Pirámide.
- OMS (15 de junio de 2021). *Maltrato a las personas mayores*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- OMS (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*.
- OMS (mayo de 2017). *10 datos sobre envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- OMS, Universidad de Toronto y de Ryerson, INPEA (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(6) 332-333.

Pacheco Ruiz, F. (2002). Actitudes. *Eúphoros*, (5), 173-186.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181505>

Pérez-Rojo, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C. y Carretero, I. (2017). Buen y mal trato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados Elders' abuse and good deals: Explanatory theories and associated factors. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(e2), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2017a3>

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Sancho, M.T. y Grupo de Investigación Trátame Bien (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4), 213–218. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.03.001>

Pinillos-Patiño, Y., Prieto-Suárez, E. y Herazo-Beltrán, Y. (2013). Nivel de participación en actividades sociales y recreativas de personas mayores en Barranquilla, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 825-833.

<https://www.scielo.org/article/rsap/2013.v15n6/825-833/es/>

Rello, C.F., López Bravo, M. D. y Muñoz Plata, R.M. (2018). Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud. *Revista Prisma Social*, 21, 109-122. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2425>

Ribera Casado, J.M., Bustillos, A., Guerra Vaquero, A.I., Huici Casal, C. y Fernández-Ballesteros, R. (2016). ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(5) 270-275.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.005>

Rodríguez Cabrero, G., Dabbagh Rollán, V. y Rodríguez Rodríguez, P. (2018). *Personas mayores y voluntariado*. Fundación Bancaria “La Caixa”.

https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/238516/personas_mayores_y_voluntariado_acciones_locales_2018_es.pdf/d191b589-3e19-4a4f-a40c-057eb1a6f300

Rubio Rubio, L. (2018). El concepto multidimensional de la Gerontología. Teorías psicológicas y sociológicas sobre del envejecimiento. En Maldonado Molina, J. A. (Dir.). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores* (pp.29-53). Dykinson.

<https://bv.unir.net:3555/es/ereader/unir/106087?page=1>

- Rubio Rubio, L. (2018). Personalidad: Estabilidad o cambio en la vejez. Factores psicosociales asociados a la calidad de vida y bienestar psicológico en la vejez. En Maldonado Molina, J. A. (Dir.). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores* (pp.75-90). Dykinson. <https://bv.unir.net:3555/es/ereader/unir/106087?page=1>
- Sánchez-Palacios, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. RIUMA <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2667>
- Santos, M.A.B.D., Moreira, R.D.S., Faccio, P.F., Gomes, G.C. y Silva, V.L. (2020). Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2153-2175. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>
- Sarabia Cobo, C.M. y Castanedo Pfeiffer, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26 (1), 10-12. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100003>
- Shepherd, B.F y Brochu, P.M. (2021). How do stereotypes harm older adults? A theoretical explanation for the perpetration of elder abuse and its rise. *Aggression and Violent Behavior*, 57, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101435>
- Simón Ferre, M.J. (2018). Envejecimiento biológico, sensorial, perceptivo y cognitivo. En Maldonado Molina, J. A. (Dir.). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores* (pp.91-114). Dykinson. <https://bv.unir.net:3555/es/ereader/unir/106087?page=1>
- Touza, C., Prado, C. y Segura, M.P. (2011). Construcción y validación de la Escala de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 91-106. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017110003.pdf>
- Voss, P., Bodner, E. y Rothermund, K. (2018). Ageism: The Relationship between Age Stereotypes and Age Discrimination. En Ayalon, L. y Tesch-Römer, C. (Eds.) *Contemporary perspectives on ageism* (pp.11-32). Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G.R. y Olson, J.M. (2003). *Psicología Social*. Thomson.

Yon, Y., Mikton, C.R., Gassoumis, Z.D. y Wilber, K.H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health* 5(2), e147-e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)

Yon, Y., Ramiro-González, M., Mikton, C.R., Huber, M. y Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58-67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

Anexo B. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio:

Estereotipos negativos y conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor en población general y socio sanitaria.

Estudiante TFM:

Zoe González Jaraíz

Introducción:

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante lea y entienda la siguiente explicación. Describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Si no quiere participar, esto no afectará a mi tratamiento.

Los estereotipos negativos hacia la vejez son atribuciones que hacemos sobre las personas de más edad, por el mero hecho de ser mayores, sin considerar otros factores implicados ni la heterogeneidad de este colectivo. Sabemos que estos prejuicios, que están muy presentes en la sociedad, pueden fomentar que nos comportemos de manera inadecuada con las personas mayores y afectan a su salud y bienestar.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto.

Propósito del estudio:

El objetivo de esta investigación es conocer en qué medida están presentes los estereotipos negativos hacia la vejez en la población general y en los profesionales socio sanitarios, así como determinar su relación con indicadores sociodemográficos y con diferentes tipos de conducta inadecuada hacia población mayor.

Procedimientos/explicación del estudio:

Con este propósito, solicitamos su colaboración. A continuación, se presentará un cuestionario que deberá cumplimentarse en su totalidad una única vez.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar al futuro de una sociedad más justa para sus miembros de más edad. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio.

Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, edad, sexo, estado civil, nivel de formación, ocupación...) y otros están relacionados con actitudes y comportamientos hacia personas mayores en general o de su entorno. La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. El cuestionario que realice no supondrá coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

Su participación es completamente voluntaria.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y el Real Decreto 1720/2007, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

Nombre del estudiante: Zoe González Jaraíz

Firma del participante

He leído y comprendido este consentimiento informado.
La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

Firma del estudiante

Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para el estudiante TFM y la última para el participante o sus familiares.

Anexo C. Resolución de la Comisión de Investigación de TFE

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **Estereotipos negativos y conductas de trato inadecuado hacia el adulto mayor en población general y sociosanitaria** presentado por D/Dña. **Zoe González Jaraíz** en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 21 de mayo de 2021.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 21 de mayo de 2021.

Anexo D. Formulario online

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

¡Bienvenido/a!

Mi nombre es Zoe González Jaraíz, soy estudiante del Máster de Psicología General Sanitaria y me gustaría solicitar su colaboración para la investigación que estoy realizando con motivo del trabajo fin de máster. ¡Sólo le llevará unos minutos!

Se solicita sinceridad en las respuestas. Recuerde que la recogida y tratamiento de los datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad, sin violación alguna de la confidencialidad y preservando el anonimato de todos los participantes.

***Obligatorio**

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante lea y entienda la siguiente explicación. Describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Si no quiere participar, esto no afectará a mi tratamiento.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto en este correo: tfm.megs@gmail.com

Propósito del estudio

El objetivo de esta investigación es conocer la opinión de la población general (con 18 años o más) y de profesionales del ámbito sociosanitario en particular, sobre algunos aspectos relacionados con la vejez y el envejecimiento.

Procedimientos/explicación del estudio

A continuación, se presentará un cuestionario que deberá cumplimentarse en su totalidad una única vez.

Riesgos/beneficios

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio.

Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, edad, sexo, estado civil, nivel de formación, ocupación...) y otros están relacionados con actitudes y comportamientos hacia terceras personas. La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Coste/compensación

No existe ningún coste por participar en este estudio. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio.

Su participación es completamente voluntaria. Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y el Real Decreto 1720/2007, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

1. *

Selecciona todos los que correspondan.

Acepto participar en el estudio ya que he leído y comprendido el consentimiento informado.

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

Datos personales

2. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
 Hombre

3. Edad *

4. Nacionalidad *

5. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero/a
 Casado/o o pareja de hecho
 Viudo/a
 Separación o divorcio

6. Nivel formativo *

Marca solo un óvalo.

- Sin estudios
 Estudios primarios (EGB o equivalentes)
 Estudios secundarios (ESO o equivalentes)
 Bachillerato, Formación Profesional o equivalentes
 Estudios universitarios

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

7. Ocupación actual *

Marca solo un óvalo.

- Estudiante
- Actividad laboral
- Desempleado/a
- Jubilada/o

8. Grado de contacto con personas mayores de 65 años *

Marca solo un óvalo.

- Diario
- Frecuente
- Esporádico
- Ninguno

9. Formación específica sobre vejez y envejecimiento (cursos, formación curricular...)*

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

10. Profesión/Rama de estudios/Experiencia profesional *

Marca solo un óvalo.

- Sociosanitaria (médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería o geriatría...)
- Otra

Sección
sin
título

A continuación, se exponen una serie de afirmaciones. Lea atentamente las opciones de respuesta e indique, con la máxima sinceridad, el grado de acuerdo o desacuerdo.

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

11. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Algo en desacuerdo
 Algo de acuerdo
 Muy de acuerdo

12. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Algo en desacuerdo
 Algo de acuerdo
 Muy de acuerdo

13. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias". *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
 Algo en desacuerdo
 Algo de acuerdo
 Muy de acuerdo

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

14. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

15. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

16. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

17. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, pero a partir de ese momento se produce un fuerte deterioro de la salud. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

18. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

19. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

20. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

21. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

22. Los defectos de la gente se agudizan con la edad. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

23. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

24. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven. *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

25. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochearn". *

Marca solo un óvalo.

- Muy en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Algo de acuerdo
- Muy de acuerdo

Sección
sin
título

A continuación, se describen una serie de supuestos. Por favor, indique, de manera general y con la máxima sinceridad, con qué frecuencia ha manifestado los siguientes comportamientos con personas mayores de su entorno (familiares, vecinos/as, conocidos/as, personas con las que se mantiene contacto por motivo de trabajo, etc.)

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

26. Subo el tono de voz cuando interactúo con personas mayores de mi entorno. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

27. Utilizo diminutivos o tono de voz agudo al dirigirme a personas mayores de mi entorno. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

28. Cuando una persona mayor va acompañada, me dirijo al acompañante y hablamos de la persona mayor en tercera persona. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

29. Cuando interactúo con una persona mayor de mi entorno, hago más énfasis en sus olvidos o despistes que si se trata de una persona joven. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

30. Cuando una persona mayor de mi entorno dice algo incoherente o inexacto, hago gestos desaprobatorios, de burla o la rectifico con énfasis. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

31. Me muestro indiferente hacia personas mayores de mi entorno. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

32. Percibo el cuidado de las personas mayores de mi entorno como "una carga". *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

33. He amenazado a alguna persona mayor de mi entorno con dejar de cuidarla, ingresarla en una residencia o pegarle. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

34. He interferido en la toma de decisiones de alguna persona mayor de mi entorno a pesar de estar mentalmente capacitada. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca

4/4/2021

Estereotipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

35. He dificultado que alguna persona mayor de mi entorno se relacionara con otras personas (por ejemplo, impidiendo o dificultando que saliera a la calle, llamara por teléfono, recibiera visitas...) *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

36. He limitado a alguna persona mayor de mi entorno el uso de su propio dinero/bienes cuando ésta tiene capacidad para manejarlo. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

37. He insultado a alguna persona mayor de mi entorno. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

4/4/2021

Esteretipos negativos hacia la vejez y conductas asociadas

38. He golpeado, empujado, pellizcado o arañado a alguna persona mayor de mi entorno. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

39. He impedido que alguna persona mayor de mi entorno obtuviera comida, ropa, medicamentos o cuidado médico. *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

40. He tratado a alguna persona mayor de mi entorno de alguna manera que le ha hecho sentir incómoda o avergonzada (por ejemplo, no respetando su intimidad durante el aseo, cambio de ropa, no procurándole un espacio de privacidad, etc.). *

Marca solo un óvalo.

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios