

Carmen Orte y Marga Vives (coords.)

Prevención del edadismo en la atención residencial

Una propuesta de
formación integral



Prevención del edadismo en la atención residencial

Una propuesta de formación integral

Carmen Orte, Marga Vives (coords.)

Prevención del edadismo en la atención residencial

Una propuesta de formación integral

Octaedro 

Colección Horizontes Universidad

Título: *Prevención del edadismo en la atención residencial. Una propuesta de formación integral*

Coordinadoras: Carmen Orte y Marga Vives

Autoría: Carmen Orte, Marga Vives, María Valero, Liberto Macías y Deimante Yonusaityte

Colaboradoras: Lidia Sánchez, Assia el Hindaz, Júlia Aguiló, Paula Oliver y Nerea Osma

Para la realización de este libro se ha contado con el apoyo del Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES), de la Universidad Illes Balears (UIB). Asimismo, este libro forma parte del convenio de colaboración entre el Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) y la Fundació Universitat-Empresa de las Islas Baleares para el desarrollo de programas y actividades de formación, investigación y transferencia de conocimiento del bienestar social en el ámbito de las políticas de las personas mayores de Mallorca.



Universitat
de les Illes Balears

Laboratori d'Investigació
sobre Família i Modalitats
de Convivència (LIFAC)

Primera edición (papel): septiembre de 2025

Primera edición (PDF): mayo de 2026

© Carmen Orte, Marga Vives (coords.)

© De esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.

C/ Bailén, 5 – 08010 Barcelona

Tel.: 93 246 40 02

octaedro@octaedro.com

www.octaedro.com

Esta publicación está sujeta a la Licencia Internacional Pública de Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 de Creative Commons.

Puede consultar las condiciones de esta licencia si accede a:

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



ISBN (papel): 978-84-10054-72-1

ISBN (PDF): 978-84-1079-157-2

Maquetación: Fotocomposición gama, sl

Diseño y producción: Octaedro Editorial

Publicación en acceso abierto - *Open access*

Sumario

Prólogo.....	9
Introducción.....	11
1. Edadismo. Qué es y cómo se manifiesta en los centros residenciales.....	17
CARMEN ORTE; MARGA VIVES; LIBERTO MACÍAS; MARÍA VALERO	
2. Evaluación de actitudes de profesionales frente al edadismo. Análisis de la revisión sistemática.....	43
MARÍA VALERO; CARMEN ORTE; DEIMANTE JONUSAITYTE	
3. Formación de profesionales frente al edadismo en residencias.....	67
MARGA VIVES; LIBERTO MACÍAS; DEIMANTE JONUSAITYTE	
4. Prevención e intervención del edadismo en residencias para mayores a través de una experiencia aplicada en Baleares.....	87
CARMEN ORTE; MARÍA VALERO; MARGA VIVES; LIBERTO MACÍAS	

Prólogo

En la Dirección Insular de Atención Sociosanitaria del Consell de Mallorca estamos comprometidos en la mejora constante de la atención que ofrecemos a las personas mayores que viven en nuestras residencias. Hemos reconocido la importancia de fomentar e implementar un modelo centrado en la persona como base fundamental para una atención digna y respetuosa. Este modelo no solo representa una evolución en los protocolos de atención, sino que implica un cambio profundo en la cultura y las prácticas de los cuidados.

Para lograr este objetivo, es esencial ofrecer a los profesionales de los centros una formación exhaustiva y continuada en este enfoque. La formación tiene que dotarlos de las herramientas necesarias para reconocer y respetar las preferencias, intereses y necesidades únicas de cada persona residente, y promover la autonomía y la dignidad. La difusión de este libro promueve el estudio y la investigación para identificar las mejores prácticas en formación en la atención integral centrada en la persona (AICP), nos permitirá adaptar los programas de formación a las necesidades específicas de nuestro personal y garantizar una atención de calidad basada en la evidencia.

Apostamos por un futuro en el que las residencias sean espacios donde cada persona usuaria se sienta reconocida, escuchada y respetada. Creemos firmemente que la implementación de este

modelo no solo mejorará su calidad de vida, sino que también elevará el prestigio y la integridad de los servicios que ofrecemos. Trabajamos de la mano con los actores clave, desde el personal hasta los expertos en atención centrada en la persona, como con la Universitat de les Illes Balears, para construir un futuro en que la humanidad y el respeto sean el núcleo de la atención a las personas vulnerables.

En este contexto, el edadismo se presenta como uno de los retos cruciales que tenemos que afrontar. Este libro es un llamamiento a la acción para transformar nuestras perspectivas y prácticas en las residencias. Nuestra misión es clara: capacitar al personal para erradicar el edadismo, construir entornos inclusivos y fomentar una cultura de respeto y empatía por todas las edades. La erradicación del edadismo no solo mejora la calidad de atención, sino que transforma vidas y contribuye a la construcción de comunidades más solidarias y respetuosas.

Desde el Observatorio de Personas Mayores, esperamos que este libro sea un faro de conocimiento y de acción, un recurso valioso para todo el mundo que esté comprometido con la formación como transformación. Juntos, podemos transformar las residencias en espacios donde cada individuo, independientemente de la edad, se sienta verdaderamente valorado y respetado.

Con esta visión compartida, estamos decididos a cambiar el rumbo y construir un futuro en que la edad no sea una barrera, sino un puente hacia la inclusión real y el respeto mutuo.

Observatori de les Persones Majors de Mallorca
Direcció insular d'atenció socio sanitària
Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)
Departament de Benestar Social
Consell de Mallorca

Introducción

Hablar de edadismo supone hacer referencia a actitudes, pensamientos y comportamientos que día a día, de forma consciente o no, van afectando a la calidad de vida y a la imagen de las personas mayores. Dichos edadismos se pueden manifestar en todos y cada uno de los ámbitos donde una persona mayor desarrolla su vida en el día a día; desde que se levanta y desayuna con sus familiares y/o compañeros de vivienda, pasando por lugares como el trabajo, el centro sanitario, sus espacios de ocio y terminando por la mirada y comportamiento que la sociedad le transmite y que va calando en su autoimagen y autoestima.

Para combatirlo, es necesario primero visualizarlo, ser consciente que determinadas actitudes o conductas, se reproducen por una mirada negativa hacia las personas mayores, incluso en aquellas que pueden realizarse con la mejor de las intenciones, disfrazadas de ayuda, que, en el fondo, no traen más que una imagen de persona mayor infantilizada a la que hay que ayudar, minando sus oportunidades de ser autónoma. Los estereotipos inconscientes, transformados en percepciones sociales condicionan nuestra forma de actuar a nivel individual, social, cultural e institucional.

Este libro pretende ser un espacio de reflexión sobre cómo nos comportamos con las personas mayores y, a la vez, desde el rigor científico y su aplicación práctica, proporcionar una pro-

puesta formativa centrada en los profesionales y en el modelo de atención centrada en la persona (ACP) para poder convertir a los entornos residenciales en lugares de vida libres de edadismos.

Para ello, abordamos un primer capítulo donde analizamos, desde sus orígenes a finales de los años 60 a través de Butler, el concepto de edadismo, qué es y cómo se manifiesta en diferentes ámbitos. No debemos olvidar que el edadismo puede manifestarse a través de macrosistemas, como son los medios de comunicación, la publicidad, el cine, las series televisivas, pasando por las redes comunitarias e incluso concretándose en el entorno familiar, calando en la cultura popular. Este primer capítulo aborda cómo ya desde sus inicios, la educación (tanto intergeneracional como a lo largo de toda la vida), junto con la investigación y las políticas sociales son los ejes clave para combatirlo. Cerramos el capítulo con una mirada específica a los profesionales que trabajan en entornos residenciales para personas mayores. Identificar su perfil (mayoritariamente feminizado e interdisciplinar) así como el modelo de atención que se desarrolla en los centros residenciales (ACP en nuestro caso) nos ayudará a adaptar la propuesta formativa tanto al entorno donde trabajan como a sus necesidades y experiencias previas para potenciar aquello que funciona y transformar los rasgos edadistas que puedan estar apareciendo a diferentes escalas en el entorno residencial.

Centrarnos en los profesionales de entornos residenciales para personas mayores nos ayuda a entender que las personas mayores, como colectivo, son un grupo heterogéneo y con necesidades y características diferentes. Debemos huir del paternalismo, la negación de la autonomía, la estigmatización, el no darles oportunidades para decidir, en definitiva, de la deshumanización de la persona mayor para potenciar su calidad de vida en las instituciones residenciales. Un lugar donde viven que debe ser contrario a estas conductas edadistas que más frecuentemente pueden darse en estos entornos y que es contrario al modelo de ACP que tiene, como pilares básicos, ser inclusivos y el respeto a la persona mayor. Y todo esto, debe realizarse con los profesionales que trabajan en entornos residenciales, donde uno de

los principales riesgos que amenazan el modelo de ACP es la alta carga laboral.

Describir para analizar, analizar para comprender es el punto de partida de la primera revisión sistemática que se incluye en este libro. Esta primera revisión tiene como objetivo identificar y analizar los instrumentos y herramientas para la evaluación de la atención profesional en un contexto residencial. Nueve son los estudios que se analizan, cuatro centrados en actitudes edadistas (como el de Iglesias-Gómez, 2022) y cinco focalizados en el modelo ACP (Pérez-Rojo, 2021 entre ellos). Tres conclusiones son claras. La primera, que sigue siendo un reto la formación sobre el proceso de envejecimiento, el cual debe adaptarse a los cambios de la sociedad actual, donde en entornos residenciales viven personas autónomas, personas con diferentes grados de autonomía, personas en situación de vulnerabilidad, en situaciones crónicas, etc. La segunda, que el modelo ACP es incompatible con el edadismo y para que pueda aplicarse este modelo es necesario analizar y fomentar la eficacia y la eficiencia del entorno residencial. Finalmente, la tercera conclusión nos indica el camino de evaluación de la realidad desde un enfoque cuantitativo, pero también cualitativo.

Dichas conclusiones deben traducirse en un proceso formativo específico que venga apoyado por políticas sociales. La segunda revisión sistemática de este libro se centra en el análisis de las formaciones en edadismo. En esta revisión sistemática, son 6 los estudios base que nos ayudan a plantear una formación para los profesionales que trabajan en entornos residenciales. Y tres también son las principales conclusiones que definirán la propuesta formativa que se presenta en las páginas siguientes. La primera, es necesario no solo definir el edadismo, sino también las consecuencias que tiene en la persona mayor. La segunda, no podemos abordar una formación sin conceptualizar a las personas mayores como un colectivo heterogéneo, por su experiencia vital, marcada, en gran medida, por el género y la cultura. Y la tercera, la necesidad de crear una formación basada en la evidencia científica, donde se potencie el envejecimiento como un aspecto positivo, como un éxito vital.

Los estudios analizados apuestan por un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en modelos pedagógicos donde se parte de la experiencia profesional de cada participante, de una estructura modular, breve y potenciando el *role-playing* de situaciones reales, o lo más similares posible, a los que se llevan a cabo en su entorno. Dicha formación debe ser una formación continua, que venga modulada por el entorno donde se realiza la actividad profesional y teniendo en cuenta, también, el bienestar profesional (Ramírez, 2011, entre otros). El bienestar profesional será básico, no solo por la lógica de que quien bien cuida debe sentirse también bien, sino porque asegura además la retención de profesionales en ese entorno y fomenta la motivación hacia su lugar de trabajo (Guerra-Martín y Ramírez, 2021).

Evidentemente, quedan retos por asumir; como implementar la formación continua en los entornos residenciales (a medio y largo plazo), mantener los programas basados en la evidencia científica, así como su evaluación o la formación específica de todas las dimensiones del edadismo.

Por ello, para conseguir un cambio real (si es necesario) o un mantenimiento de los procesos y acciones profesionales que potencien el modelo ACP en los entornos residenciales, debemos centrarnos en el bienestar de la persona mayor, en su calidad de vida. El libro presenta una propuesta formativa que integra, o pretende integrar, las ideas clave desarrolladas hasta ahora. Una propuesta centrada en el modelo ACP, en la soledad no deseada y en el maltrato hacia las personas mayores desde una perspectiva global. Una propuesta que incluye tanto una dimensión cuantitativa como cualitativa; donde los protagonistas son todos los profesionales que están en contacto directo e indirecto con las personas que viven en este entorno residencial (puesto que es así como se da en la realidad), creando grupos formativos interdisciplinarios donde son ellos mismos quienes detectan situaciones edadistas y que generan las soluciones a estas.

En definitiva, este libro pretende ofrecer una propuesta formativa integral en edadismo en entornos residenciales basado en la literatura científica, que permite una adaptación a cualquier centro residencial de personas mayores, donde la optimi-

zación de tareas potencia no solo una mayor organización y eficacia de los recursos de los que se dispone, sino que permite, a la vez, una mejora en el entorno laboral y, por ende, un mejor bienestar de los profesionales que participan en el proceso formativo y una mejora del clima laboral.

Edadismo. Qué es y cómo se manifiesta en los centros residenciales

CARMEN ORTE
MARGA VIVES
LIBERTO MACÍAS
MARÍA VALERO

Resumen

El capítulo tiene como objetivo principal analizar el concepto de edadismo, desde el análisis de las variables incluidas en su definición, pasando por sus orígenes y cómo se manifiesta actualmente. Se incluye la descripción de los principales tipos de edadismo, así como su influencia en los ámbitos individual, social, cultural e institucional, sin olvidar o dejar de lado los agentes de difusión de este edadismo. Dentro de estos agentes o factores difusores de este edadismo se encuentran los medios de comunicación, así como las redes familiares y las de amistad o redes sociales tanto personales como digitales, o incluso en la cultura.

La educación, especialmente la intergeneracional y la educación a lo largo de toda la vida son aspectos importantes para contrarrestar este tipo de discriminación por edad; de la misma manera, la investigación y difusión de estudios sobre el tema ayuda sin duda a romper con mitos y situaciones edadistas.

En el ámbito profesional, especialmente en profesiones que trabajan directa o indirectamente con personas mayores, es posible que puedan producirse diferentes tipos de edadismo. Es por esta razón que los profesionales tienen un papel fundamental como agentes activos hacia la eliminación de conductas, comportamientos y/o actitudes edadistas. Su acción proactiva en contra del edadismo debe ayudar, entre otras, a evitar autopercepciones negativas de las personas mayores, evitando así un edadismo autoinfligido. Para ello, los profesionales necesitan de políticas sociales firmes, estables y congruentes para la eliminación del edadismo.

La parte final del capítulo se centra en el edadismo en los centros residenciales, focalizándose en identificar las situaciones edadistas que se pueden producir dentro de ese contexto, así como el perfil de persona mayor que vive

en estos centros y el perfil de profesional que desarrolla su tarea en ese entorno laboral y de trabajo directo con la persona mayor.

1. Introducción

El edadismo o *ageism* se refiere a los estereotipos, prejuicios y discriminación basados en la edad de una persona. Si debemos centrar el origen de este término es obligado citar la obra de Butler, *Ageism: A Social Phenomenon*, en el año 1969, donde define el edadismo como un conjunto de creencias y actitudes que fomentan la desvalorización de las personas mayores, lo que lleva a su marginación en diversos ámbitos de su vida, incluyendo el social y el económico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el edadismo de la siguiente manera:

Hablamos de edadismo cuando los estereotipos que tienen las personas acerca de la edad guían las inferencias que hacen acerca de otras personas en función de su edad, incluidas las relativas a sus capacidades físicas y mentales, sus competencias sociales y sus creencias políticas y religiosas. (OMS, 2021, 3)

Años más tarde, en 1975, en su obra *Why Survive? Being Old in America*, focalizó la atención en la sociedad, analizando cómo la sociedad estadounidense percibía y trataba a las personas mayores y enfatizando la necesidad de cambiar estas percepciones para mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

El trabajo de Butler ha sido fundamental para el estudio del envejecimiento y ha contribuido a la mayor conciencia sobre la importancia de abordar y desafiar las actitudes edadistas en la sociedad. Como el mismo Butler señaló:

Ageism can be seen as a systematic stereotyping of and discrimination against people because they are old, just as racism and sexism accomplish this with skin color and gender... I see ageism manifested in a wide range of phenomena, on both individual and institutional levels—stereotypes and myths, outright disdain and dislike,

simple subtle avoidance of contact, and discriminatory practices in housing, employment, and services of all kinds. (Butler, 1989; Butler, 2005; citado en Achenbaum, 2015)

La definición de Butler implica que estas discriminaciones pueden manifestarse en actitudes, comportamientos y políticas. Se trata pues, de una discriminación sistemática contra personas mayores, entendiéndolas como menos capaces, valiosas y/o dignas de respeto que otros grupos de edad (Levy y Banaji, 2002); desvalorizaciones que desde hace décadas confirman que puede implicar efectos negativos en la salud física y en el bienestar emocional de las personas mayores (Palmore, 1999).

Por lo tanto, el edadismo hace referencia a los estereotipos hacia las personas de edad, hace alusión al mantenimiento de los estereotipos o prejuicios hacia una persona, solo por el hecho de ser mayor. Estos estereotipos, como indica la OMS, se van formando desde la infancia y se va reforzando con el paso del tiempo (OMS, 2021). El informe mundial sobre el edadismo de la OMS señala que la edad es uno de los primeros aspectos que observamos en otras personas, al «categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional» (OMS, 2021, XVII). Estas imágenes sociales y estereotipos sobre las personas mayores pueden influir, tanto de una manera positiva como negativa, en la sociedad, en los comportamientos hacia el colectivo o en cómo las personas mayores se perciben a sí mismas (Pérez-Rojo *et al.*, 2017a).

Se trata pues de una discriminación compleja que impacta de forma directa en los diferentes ámbitos de la vida de la persona mayor, de su contexto y de su imagen pública como colectivo. En definitiva, estas actitudes y discriminaciones se mantienen y reproducen en diferentes contextos sociales y laborales, entendiendo a las personas mayores como menos competentes o adaptables a las tecnologías, y a otro tipo de avances, lo que limita sus oportunidades de empleo o de que dejen de contar con ellos por empleados más jóvenes (Capelli, 2013). Esta percepción social de las personas mayores puede verse reflejada tam-

bién en los medios de comunicación, lo que ayuda a mantener estereotipos negativos, contribuyendo a la marginalización de este grupo y a una posible exclusión social. De esta manera, se estará limitando el acceso a recursos y oportunidades para las propias personas mayores, dificultando que puedan envejecer de una manera activa (Swift y Abrams, 2017). Toda esta situación afecta a las personas mayores no solo en su salud física y mental, sino en su autoconcepto, potenciando, de esta manera, actitudes de auto-discriminación (Serrano, 2024), y afectando, en definitiva, a su calidad de vida. Por ello, es importante fomentar la erradicación de estos prejuicios socialmente arraigados, tal y como recogía ya la OMS en el *Decenio del Envejecimiento Saludable* (Macías y Vives, 2021).

2. Tipología de edadismo

Al tratar el tema del edadismo y a medida que te vas adentrando en sus características se comprueba que se pueden dar diferentes formas de edadismo, diversos tipos que se enmarcan en contextos desiguales y los efectos pueden conllevar dificultades o complicaciones, tanto físicas como mentales y relacionales.

A continuación, se expone una relación de formas en las que el edadismo se puede manifestar, provocando este tipo de discriminación por razón de edad:

1. *Edadismo individual*: este tipo de edadismo se manifiesta en actitudes y comportamientos de las propias personas mayores hacia su edad, y está vinculado a la disminución de la autoestima, aumento de la depresión, así como repercusiones en la salud física. Como señala Levy (2009), las personas mayores que asimilan estereotipos negativos relacionados con la vejez pueden experimentar un deterioro en su salud física y mental.
2. *Edadismo social*: este tipo de edadismo implica la discriminación que enfrentan las personas mayores en la sociedad, a menudo a través de la marginalización o el aislamiento social, impidiéndoles de esta manera la posibilidad de partici-

pación en actividades comunitarias. La OMS (2021) destaca que el edadismo se asocia a una peor salud física, e impide la recuperación de la discapacidad.

3. *Edadismo cultural*: este tipo de edadismo se refiere a la representación negativa y los estereotipos de las personas mayores en los medios de comunicación y la cultura popular. Los medios de comunicación frecuentemente perpetúan imágenes de personas mayores como dependientes o ineficaces, lo que contribuye a la percepción negativa de la vejez y del propio proceso de envejecimiento.
4. *Edadismo institucional*: este tipo se refiere a las políticas y prácticas de instituciones que perpetúan la exclusión y el trato desigual hacia las personas mayores. Según Butler (1969), el edadismo institucional puede observarse en el ámbito laboral, donde se limita la contratación o promoción de trabajadores mayores. También se observa, en algunos casos, en una atención médica inadecuada o en el acceso a servicios de salud.

En conclusión, el edadismo se manifiesta de diversas maneras y tiene profundas implicaciones en la vida de las personas mayores, afectando su salud, bienestar y calidad de vida. Es fundamental desafiar y cambiar estas percepciones a través de la educación y la concienciación social para crear una sociedad más inclusiva y respetuosa con todas las edades. Recordemos que actitudes autoedadistas fomentan la interiorización de estereotipos negativos en las propias personas mayores, afectando a la disminución de la autoestima y a una percepción negativa de la propia capacidad, lo que a su vez puede impactar en la salud mental y física (Wong *et al.*, 2023). Al mismo tiempo, la generalización de creencias negativas sobre el envejecimiento puede resultar en una menor participación en actividades sociales y una reducción en la búsqueda de atención médica, lo que puede agravar los problemas de salud. Por lo tanto, es crucial abordar no solo el edadismo externo, sino también las creencias internas que las personas mayores pueden tener sobre sí mismas para promover un envejecimiento saludable y positivo.

3. Agentes y factores de difusión del edadismo

Adentrándonos en esta complejidad, podemos confirmar que el edadismo es un fenómeno que ha sido ampliamente estudiado en diversas disciplinas, incluidas la sociología, la psicología y la gerontología. La literatura especializada identifica varios agentes y factores que contribuyen a la difusión del edadismo en la sociedad, algunos de ellos tan fundamentales para entender cómo se manifiesta el edadismo.

Debemos fijarnos en detalle en los **medios de comunicación**, es interesante poner el foco en ello, ya que juegan un papel crucial en la transmisión de los estereotipos y operan de forma clave en la sociedad actual como principal agente de difusión de imágenes colectivas. Analizando los posibles efectos negativos hacia las personas mayores, en cuanto a la representación del grupo poblacional, en la televisión, el cine, la publicidad y en las redes sociales... estas pueden perpetuar estereotipos negativos, presentándolos con unas características muy concretas, describiendo de esta manera una realidad parcial. En los estudios acerca del efecto negativo de los medios de comunicación se observa que la representación de las personas mayores en la televisión y la publicidad a menudo refuerza imágenes de debilidad y dependencia. Así lo muestra el estudio llevado a cabo por Ramos-Soler y Carretón-Ballester (2012) donde analizan la presencia y representación de las personas mayores en la publicidad consumida a través de la televisión. Sus conclusiones apuntan a una poca representatividad en contraposición con el porcentaje demográfico que representa el colectivo de población mayor y enmarcados en estereotipos extremos, por un lado, una imagen muy positiva y, por otro lado, una imagen muy negativa. Ambas opciones se enmarcan en una visión parcial de la realidad de la persona mayor. Desde una perspectiva de género señalan que la mujer mayor, aunque el porcentaje es poblacionalmente superior al hombre, y de ahí que se hable de feminización del envejecimiento, no obstante, se observa una menor presencia en la publicidad como personaje protagonista, respecto de protagonistas masculinos.

Si bien es cierto que la presencia de personas mayores en los medios de comunicación es mayor y progresivamente se va mostrando una imagen más heterogénea (e incluso positiva en algunos casos), estudios actuales como el de Loredana (2023) destaca cómo las representaciones mediáticas influyen en la percepción pública de las personas mayores, sugiriendo que la exposición a imágenes estereotipadas puede reforzar actitudes edadistas en la población general, incluso incorporando un nuevo concepto, el edadismo visual, que como señala la propia autora se refiere a «representar a la gente mayor como si fueran jóvenes, pero con canas» (Loredana, 2023). Por último, no debemos olvidar las redes sociales digitales, donde mensajes sobre las personas mayores pueden potenciar tanto mensajes positivos como negativos afectando, como los demás medios de comunicación, en cómo se perciben y tratan a las personas mayores en el día a día (Mao *et al.*, 2023).

Las **redes familiares y sociales** que se establecen durante nuestro proceso vital son muy importantes, y como seres sociales que somos debemos crear y mantener estas redes. El edadismo se manifiesta y se difunde en gran medida a través de las redes familiares y sociales, donde las interacciones cotidianas pueden reforzar o desafiar estereotipos relacionados con la edad. Es importante tener presente que la familia es la principal red de apoyo que las personas mayores tienen, así como el sistema funcional familiar (Castellano, 2014). Como indican Pinqart y Sorensen (2001) la familia y las redes de amistad también son transmisoras de actitudes que pueden considerarse edadistas, influyendo estas en la forma en que las personas mayores son percibidas y tratadas por la sociedad, afectando de esta manera su autoestima y bienestar. Gordon y Gonzales (2025) destacan que el edadismo que se produce en la familia puede entenderse mediante factores estructurales que configuran las relaciones inter e intrapersonales en las propias familias. En el contexto familiar, las actitudes hacia los miembros mayores pueden ser moldeadas por la comunicación intergeneracional. Del estudio de Cuddy *et al.* (2007) se desprende que los estereotipos y las emociones dan forma a la manera como nos comportamos con otros gru-

pos, y que estas emociones predicen tendencias conductuales incluso más fuertes que los estereotipos. Desde esta perspectiva podemos considerar que las diversas dinámicas familiares, una manera determinada de comunicarte y las expectativas sobre el rol de los mayores, pueden perpetuar creencias edadistas. Por ejemplo, el uso de un lenguaje condescendiente o la exclusión de las personas mayores en decisiones familiares pueden contribuir a la internalización de estereotipos negativos, afectando la autoestima y la percepción de sí mismos.

En el ámbito social, las redes de amigos y comunidades también juegan un papel crucial en la difusión del edadismo. Las interacciones sociales pueden ser un espacio donde se refuerzan o desafían los estereotipos sobre la vejez. La presión social para adecuarse a las normas del grupo puede llevar a la aceptación de comportamientos discriminatorios hacia las personas mayores, como por ejemplo aquellas conversaciones en grupos de amigos en las que se incluyen comentarios que pueden ser sutilmente edadistas, comentarios que lo que hacen es normalizar unas actitudes determinadas. Por tanto, algunas actitudes y creencias sobre la edad, la vejez y el envejecimiento se transmiten a menudo dentro del núcleo familiar y en el entorno de los grupos sociales con el que nos relacionamos. De esta manera según el discurso que se genere en los grupos donde, normalmente, nos movemos influirá en la percepción colectiva y difundirá una imagen distorsionada de la realidad, debido a que esos prejuicios nos limitan e interfieren en nuestra manera de ser y de comportarnos con otras personas (Soriano, 2023).

De la misma manera que dentro de la familia, y grupos sociales, se transmiten una serie de valores o actitudes determinadas, las tradiciones y costumbres, lo que se denomina **cultura popular**, también puede ser difusora de discursos que contribuyen a la construcción de significados negativos en torno a la vejez y al proceso de envejecimiento presentándolo, como indica Tulle (2008), como una fase indeseable de la vida. La cultura en general, incluyendo libros, música y otros medios culturales, a menudo perpetúa estereotipos sobre la vejez que impactan en la percepción pública sobre las personas mayores. La erradicación del

edadismo en la cultura, y en la vida cultural, no solo beneficia a las personas mayores, sino que enriquece a la sociedad en su conjunto. La investigación de Villas-Boas *et al.* (2017: 217) sugiere la «necesidad de deconstruir estereotipos y contextualizar valores histórica y socialmente para reducir actitudes antagónicas entre jóvenes y adultos mayores y promover relaciones más fructíferas entre diferentes generaciones». Bravo-Segal (2018) siguiendo la línea de Losada (2004) afirma que para eliminar el edadismo es necesario intervenir en aquellos sistemas que lo mantienen o perpetúan, como son los medios de comunicación, la cultura popular, instituciones, gobiernos, etc., siendo estas las que tienen que colaborar activamente y de manera conjunta para crear un entorno seguro para las personas mayores.

Los sistemas educativos pueden reforzar el edadismo al no incluir la diversidad de experiencias y desafíos asociados con el envejecimiento en sus currículos, o al tratar de manera desigual a estudiantes de diferentes edades. La **educación intergeneracional** no solo proporciona conocimientos nuevos o actualiza los ya asimilados, sino que también fomenta una serie de valores y habilidades como la empatía, la colaboración, el respeto y la comprensión hacia los otros, entre otros aspectos. Los programas educativos que incluyen a personas mayores en el aula, ya sea como mentores o como participantes, ayudan a contrarrestar las percepciones negativas y promover una visión más positiva de la vejez y del proceso de envejecimiento. Estos programas no solo benefician a los jóvenes al proporcionarles una perspectiva más amplia sobre el envejecimiento, sino que también empoderan a los mayores, ayudándoles a sentirse valorados y activos en la sociedad, repercutiendo a su vez al conjunto de la sociedad (Orte y Vives, 2016; Martins *et al.*, 2018).

La **educación a lo largo de la vida** ha de permitir a la sociedad caminar libre de prejuicios y estereotipos acerca de las personas mayores, y a la vez convertirse en una herramienta clave para dismantelar los mitos asociados a la vejez. Es necesario situar en un espacio destacado a la educación intergeneracional, ya que promueve la interacción entre diferentes grupos de edad, y ha demostrado ser efectiva para desafiar y cambiar las percep-

ciones sobre el envejecimiento. Chen *et al.* (2022) señalan que los programas educativos que integran a personas mayores como mentores en entornos escolares no solo mejoran la autoestima de los mayores, sino que también fomentan una mayor comprensión y respeto entre las generaciones más jóvenes. Al proporcionar un espacio para el aprendizaje mutuo, estas iniciativas ayudan a eliminar aquellos estereotipos negativos y a construir una cultura de inclusión y aprecio hacia las personas mayores. El estudio de Sánchez y Montero (2025) en el que llevaron a cabo una búsqueda sistemática concluye que la participación en programas intergeneracionales, en sus diversas modalidades, tiene un impacto positivo en la reducción del edadismo.

Otro aspecto positivo que se puede relacionar, y que como sociedad debemos potenciar, es enfatizar el papel de la investigación, la realización de estudios, y posteriormente la publicación de sus resultados. Nos podemos encontrar que la investigación y el enfoque académico pueden estar influenciados por una visión negativa del envejecimiento, lo que puede reforzar y perpetuar percepciones erróneas sobre las personas mayores, por tanto, la comunidad científica debería hacer un esfuerzo en difundir y divulgar ante la sociedad conceptos positivos en relación con la vejez y el envejecimiento, aspecto que seguro que influirá en la percepción que la sociedad tendrá de las personas mayores.

Además de la educación, la **investigación** juega un papel fundamental en la lucha contra el edadismo, ya que proporciona datos y evidencia que pueden servir de propuestas para el desarrollo de políticas y prácticas sociales, así como para sensibilizar a la sociedad. Seguro que la realización de estudios longitudinales que examinen cómo las actitudes edadistas afectan a la calidad de vida de las personas mayores a lo largo del tiempo serán de gran utilidad. Sin duda es a través de la investigación, y los estudios llevados a cabo, donde se puede evidenciar la envergadura que suponen las consecuencias del edadismo. El informe de la OMS (2021) sobre edadismo señala que «el 96% de los estudios relacionados con edadismo y salud mental proporcionan evidencia de que este fenómeno incide en problemas psiquiátricos, como la depresión», además de apuntar que el edadismo

«acelera el deterioro cognitivo» (Help Age España, 2023). Estudios como el de Bodner *et al.* (2018) destacan que los profesionales de la salud mental necesitan de una formación específica para el trabajo diario con personas mayores, ya que las actitudes negativas hacia el colectivo pueden estar presentes e influir en el trato que se tiene hacia ellos.

Al documentar las consecuencias del edadismo, la investigación puede servir como base para desarrollar intervenciones efectivas y políticas públicas que promuevan la equidad y el respeto hacia las personas mayores. Además, la colaboración entre investigadores, educadores y responsables de políticas es esencial para implementar estrategias que no solo aborden el edadismo, sino que también celebren la diversidad y la riqueza de experiencias que las personas mayores aportan a la sociedad.

Otro factor significativo en la difusión del edadismo es la **cultura organizacional en entornos laborales**. Las políticas de recursos humanos y las prácticas de contratación pueden estar impregnadas de sesgos edadistas, lo que limita las oportunidades para los trabajadores mayores. Este fenómeno se ve exacerbado por la falta de formación sobre diversidad generacional en las empresas, lo que contribuye a un ambiente laboral que no valora adecuadamente la experiencia y las habilidades de los empleados mayores. Por lo tanto, es crucial abordar estos agentes y factores para mitigar el impacto del edadismo y promover una sociedad más inclusiva y equitativa para todas las edades.

El papel de los **profesionales** que trabajan con personas mayores es crucial para contrarrestar los efectos del edadismo en la sociedad. Estos profesionales, que incluyen médicos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas, entre muchos otros, tienen la responsabilidad de promover una visión positiva del envejecimiento y de desafiar los estereotipos negativos que a menudo rodean a esta población. La capacitación en habilidades de comunicación y empatía también se ha identificado como un componente esencial para mejorar la calidad de la atención y la interacción con los adultos y personas mayores, lo que contribuye a reducir la percepción negativa del envejecimiento. La formación continua debe permitir reconocer y abordar sus propios prejuicios.

cios, los que le envuelven en la práctica diaria y potenciar un trato respetuoso para con las personas mayores. Comprender el envejecimiento como una etapa más de la vida y contrarrestar los conceptos negativos y estereotipados con el reconocimiento de la diversidad en la vejez son propuestas que desde el Ministerio de Sanidad (2023) se ofrecen como herramientas para afrontar el edadismo desde las instituciones y los profesionales de los diversos servicios.

Además, los profesionales pueden desempeñar un papel activo en la defensa de políticas que promuevan la inclusión y el respeto hacia las personas mayores. En este sentido, los profesionales de la salud pueden ayudar en la implementación de programas comunitarios que fomenten la participación de las personas mayores en la sociedad, lo que no solo mejoraría su bienestar, sino que también desafiaría las narrativas negativas sobre el envejecimiento. Al involucrarse en iniciativas que promuevan la visibilidad y el valor de las personas mayores, estos profesionales pueden ayudar a crear un entorno más inclusivo, equitativo y seguro. En este sentido, la colaboración entre diferentes disciplinas y sectores es básica para abordar el edadismo de manera integral y efectiva.

El autoedadismo, que se refiere a la internalización de estereotipos negativos sobre el envejecimiento, puede tener efectos perjudiciales en la salud y el bienestar de las personas mayores. Es decir, que también las **propias personas mayores** pueden reproducir conductas y actitudes edadistas sobre ellos mismos, potenciando las limitaciones y no dejando paso a las fortalezas o ganancias que se obtienen con el paso de los años, valorando aspectos tan importantes como la experiencia de vida y la energía para desarrollar actividades en favor de la comunidad. Para contrarrestar estos efectos, es fundamental implementar intervenciones que promuevan una autoimagen positiva y una mayor autoestima entre las personas mayores. Knight *et al.* (2022) sugieren que realizar intervenciones basadas en un trabajo sobre los estereotipos mejora significativamente la autopercepción de la persona mayor, modificando las creencias negativas sobre el envejecimiento y de esta manera servir de ayuda para reconfigu-

rar la percepción que tiene de sí misma. Estas intervenciones no solo fomentan una actitud más positiva hacia el envejecimiento, sino que también están asociadas con mejores resultados en salud física y mental, lo que demuestra la importancia de abordar el autoedadismo desde una perspectiva proactiva y focalizada en la mejora de la calidad de vida.

Esta participación, de manera activa en la comunidad, y el fomento de relaciones interpersonales significativas son estrategias efectivas para mitigar el autoedadismo. Wong *et al.* (2023) afirman que la participación en actividades sociales y recreativas no solo mejora la calidad de vida de las personas mayores, sino que también les permite desafiar las narrativas negativas sobre el envejecimiento. Al involucrarse en entornos que valoran sus contribuciones y experiencias, los más mayores pueden desarrollar una identidad más positiva y resiliente. Por lo tanto, es esencial que las políticas y programas sociales se centren en crear oportunidades para que las personas mayores se sientan valoradas y empoderadas, lo que a su vez puede reducir la internalización de estereotipos negativos.

No se debe olvidar el papel fundamental que tienen las **políticas sociales**, estas deben ser un elemento protector y potenciador, por tanto, no deben ser políticas que perpetúen de alguna manera el edadismo, sino que deben ser políticas diseñadas de manera inclusiva, para que se pueda romper con esa discriminación por el hecho de tener una edad determinada, marginación que se puede dar en cualquier ámbito de la vida. Así pues, en el momento de diseñar políticas públicas, la creación de espacios donde las personas mayores puedan interactuar, compartir sus experiencias y participar activamente en la comunidad, es crucial para combatir el edadismo y mitigar sus efectos negativos.

Para abordar el edadismo, es fundamental crear conciencia crítica sobre estos agentes y factores de difusión del edadismo, y trabajar en su desmitificación, promoviendo una visión más positiva y realista sobre el envejecimiento y la diversidad en todas las etapas de la vida.

4. Edadismo en centros residenciales

Una de las categorías más reconocidas es el edadismo institucional, entendido como aquellas políticas y prácticas dentro de organizaciones que perpetúan estereotipos negativos sobre la edad. Este tipo de edadismo puede observarse en entornos laborales, por ejemplo, favoreciendo a los empleados más jóvenes limitando las oportunidades de desarrollo y promoción para los mayores. Como señala la OMS (2021:24) «el edadismo institucional puede manifestarse en diferentes instituciones, como las que prestan atención de salud y asistencia social, así como en los lugares de trabajo, los medios de comunicación y el sistema legal». Además, el edadismo interpersonal se presenta en las interacciones cotidianas, donde los comentarios despectivos o las actitudes condescendientes hacia las personas mayores, realizadas por los profesionales de las instituciones pueden reforzar la percepción de que son menos capaces o valiosos (Araújo *et al.*, 2023). Ambos tipos de edadismo contribuyen, entre otros efectos negativos, al aislamiento social de las personas mayores, simplemente por su edad y, como es lógico con efectos directos a su bienestar emocional y físico (HelpAge España, 2021).

El edadismo se puede expresar de diversas maneras en los centros residenciales para personas mayores, afectando su calidad de vida y a su bienestar. Una de las expresiones más comunes es la despersonalización, donde los cuidadores y el personal de salud tratan a los residentes como si fueran un grupo homogéneo, ignorando sus necesidades individuales, características y preferencias. Este enfoque puede llevar a la implementación de rutinas rígidas que no consideran la autonomía y la dignidad de los mayores, lo que a su vez puede resultar en una disminución de su autoestima y un aumento en la sensación de impotencia (Araújo *et al.*, 2023). Además, la falta de oportunidades para la participación en la toma de decisiones sobre su vida diaria puede reforzar la percepción de que los residentes son incapaces de contribuir a su propio cuidado (Kane *et al.*, 2007). Algunas de las expresiones más frecuentes de este edadismo son:

1. **Trato paternalista:** en determinados centros residenciales, se puede observar un enfoque paternalista hacia los residentes, donde se les trata como si no tuvieran la capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida. Según Palmore (1999), este trato reduce la autonomía de las personas mayores y les priva de su dignidad.
2. **Estigmatización:** las personas mayores a menudo son estigmatizadas por sus capacidades físicas y mentales, lo que puede llevar a un aislamiento dentro del propio centro. Butler (1969) fue uno de los primeros en captar cómo los estereotipos negativos sobre las personas mayores impactan en su vida cotidiana.
3. **Negación de autonomía:** en algunos centros residenciales, algunas decisiones sobre la vida diaria, como los horarios de comidas, actividades, vestimenta, etc., se establecen sin tener en cuenta las preferencias de los residentes, lo que refleja una dificultad para que se pueda tener una plena autonomía. A este tipo de control se lo puede considerar como una manifestación de edadismo que puede conducir a sentimientos de impotencia entre las personas mayores.
4. **Falta de inclusión en la toma de decisiones:** los residentes a menudo no son incluidos en las decisiones que les afectan directamente, lo que refuerza una visión de que sus opiniones y deseos son irrelevantes. Rowe y Kahn (1997) sugieren que esta exclusión es una clara manifestación de prejuicio hacia la capacidad de las personas mayores para contribuir.
5. **Deshumanización:** Algunas prácticas y enfoques en los centros residenciales pueden tratar a los residentes como objetos en lugar de seres humanos con historial y personalidad. Pérez-Rojo *et al.* (2017b) exploran cómo la deshumanización puede impactar negativamente en la calidad de vida de las personas mayores en estos entornos, mimetizándose con el espacio y volviéndose invisibles.

Otra forma de edadismo en estos entornos es la perpetuación de estereotipos negativos a través de la comunicación y las interacciones sociales. Los comentarios despectivos o condescendientes por parte del personal pueden crear un ambiente hostil y

poco respetuoso, lo que afecta la salud mental de los residentes. Además, la falta de actividades que fomenten la interacción social y el aprendizaje continuo puede contribuir a la sensación de aislamiento y abandono entre los mayores.

Por ello, es importante mencionar que la creación de entornos más inclusivos y respetuosos hacia las personas mayores puede ayudar a combatir el edadismo en estos contextos tan específicos. La formación del personal, la promoción de la autonomía y el fomento del respeto hacia la diversidad de experiencias dentro del grupo de personas mayores son pasos fundamentales para reducir estos prejuicios. En definitiva, es fundamental que los centros residenciales implementen políticas y prácticas que promuevan el respeto y la dignidad, así como la inclusión activa de los residentes en la vida comunitaria, para contrarrestar estos efectos negativos del edadismo. Para finalizar y siguiendo la línea de Morcillo y Solís (2024) hay que comentar que es importante la realización de estudios e investigaciones basados en la población mayor institucionalizada, ello conlleva un desafío ético, pero debe ser prioridad el garantizar unos cuidados de calidad, unos cuidados lo más adecuados posibles.

5. Perfil de personas mayores de entornos residenciales

En los centros residenciales para personas mayores, tanto públicos como privados, se puede encontrar una amplia diversidad de perfiles entre los residentes. Esta variedad refleja las diferentes necesidades, experiencias y contextos de vida de las personas mayores.

- *Personas mayores autónomas*: aquellas personas que son capaces de llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria sin necesidad de ayuda. Se puede dar el caso de que sean personas que busquen vivir en compañía evitando de esta manera situaciones de soledad.
- *Personas mayores con algún grado de dependencia*: aquellas personas que según el grado de dependencia obtenido (moderada,

severa o gran dependencia) necesitarán menos o más ayuda de otros en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, observándose diferencias en la funcionalidad de las personas.

- *Personas mayores con enfermedades crónicas, salud mental o trastornos neurocognitivos*: aquellas personas que requieren un seguimiento médico y de enfermería, así como una atención diaria especializada según su enfermedad. Las personas con demencias o Alzheimer también requieren de atención y cuidados especializados, así como de entornos seguros.
- *Personas mayores en situación de vulnerabilidad*: personas que por su situación social vulnerable (aislamiento social, dificultades económicas, etc.) desde servicios sociales son derivadas a un centro residencial.

El perfil de las personas mayores que viven en centros residenciales ha evolucionado en los últimos años, reflejando los cambios demográficos y sociales de la propia sociedad. En general, las personas mayores institucionalizadas tienden a ser mujeres, lo que se debe en parte a la mayor esperanza de vida femenina (OMS, 2021), y como señala y se puede observar en el informe «Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España», elaborado y publicado por el IMSERSO (2022), el 68,2% de los residentes son mujeres, frente al 31,8% de los mismos, que son hombres. En cuanto a la edad el 74,5% de los residentes tienen 80 o más años, el 21,4% tienen entre 65 y 79 años y el 4,2% tienen menos de 65 años. Centrándonos en el nivel de autonomía de la persona mayor el 43,2% de los residentes tiene un nivel de autonomía compatible con un Grado I o un Grado II reconocido, mientras que el 36,7% de los mismos tiene un nivel de autonomía compatible con un Grado III reconocido, habiendo un porcentaje de residentes que no tienen grado reconocido o no están valorados (20,1%).

Conociendo estos datos, a escala nacional, se puede señalar que, a nivel de salud, se trata de un colectivo con una alta prevalencia de condiciones crónicas como demencia, enfermedades cardiovasculares y diabetes (Mao *et al.*, 2023). Además, muchas de estas personas presentan limitaciones funcionales que afectan

su capacidad para realizar actividades diarias de manera independiente, así como problemas cognitivos (Dosil *et al.*, 2014). Cabe destacar que, dentro del grupo de personas mayores institucionalizadas, también se incluye una proporción creciente de personas con antecedentes de vida activa y participación en la comunidad, lo que sugiere que su perfil es mucho más heterogéneo, es decir, que no solo se define por la dependencia, sino también por su deseo de mantener una calidad de vida significativa, así como unos cuidados especializados (Cury y Arias, 2018). A nivel socioeconómico, si bien puede haber una gran diversidad de realidades, lo cierto es que muchas personas mayores y sus familias se enfrentan a dificultades económicas que limitan sus opciones de vivienda y atención especializada, siendo el recurso más factible el vivir en la residencia.

En este punto y continuando con el desarrollo del perfil de las personas residentes, este puede variar según si el centro residencial es de gestión pública o privada. La Ley 39/2006, conocida como la Ley de Dependencia garantiza una plaza en una residencia pública a aquella persona que haya sido valorada y obtenga un Grado III reconocido, gran dependencia, y que no tenga recursos suficientes para poder continuar en su domicilio, aunque también existe concierto con residencias privadas, el gran volumen de personas mayores dependientes es absorbido por el sistema público. Las personas que tienen reconocido un Grado III de dependencia suponen un mayor porcentaje en aquellos centros con titularidad pública y gestión privada, entre un 43% y un 39,7%; respecto a aquellos centros que tienen la titularidad privada, dónde suponen entre un 37,9% y un 32% (IMSERSO, 2022).

Como se puede apreciar la diversidad de perfiles en los centros residenciales para mayores es un factor clave que influye en la organización de los diversos servicios, en la programación de las actividades y en la atención personalizada, debiéndose asegurar que cada residente reciba el apoyo adecuado según sus necesidades. Por lo tanto, es crucial que los centros no solo aborden las necesidades físicas y cognitivas de las personas mayores que viven allí, sino que también fomenten la socialización y el apoyo emocional para mejorar su calidad de vida en general.

6. Perfil de profesionales de entornos residenciales

En términos de características demográficas, los profesionales que trabajan en residencias para personas mayores tienden a ser predominantemente mujeres, lo que refleja una tendencia histórica en el cuidado de la salud y el bienestar de las personas mayores (Quesada, 2024). A nivel etario abarca un amplio abanico desde trabajadores jóvenes, que están iniciando su etapa laboral, a profesionales con una vasta experiencia y en la que han dedicado muchos años a esta labor.

El perfil de los profesionales que trabajan con personas mayores en residencias es diverso e interdisciplinario. Este abarca una variedad de roles que incluyen profesionales de áreas relacionadas con la salud, la geriatría o incluso la intervención social, y muchos poseen certificaciones específicas que les capacitan para atender las necesidades de la población y/o formaciones específicas demandadas según normativa autonómica y nacional vigente de la localización de la residencia. Además de la formación reglada, competencias básicas como la capacidad de comunicación (escucha activa, habilidades de comunicación, etc.), el trabajo colaborativo, compromiso profesional, entre otras han demostrado ser habilidades esenciales que estos profesionales deben poseer para establecer relaciones efectivas con los residentes y sus familias (Dijkman *et al.*, 2016). La satisfacción laboral y el bienestar emocional de estos profesionales son factores críticos que impactan la calidad del cuidado que brindan, y se ha demostrado que un ambiente de trabajo positivo y el apoyo institucional son fundamentales para su retención y motivación. Por lo tanto, es esencial que las residencias implementen políticas que promuevan el bienestar de sus empleados y una calidad asistencial adecuada, lo que a su vez beneficiará a los residentes a quienes sirven (Guerra-Martín y Ramírez, 2021).

Entrando más al detalle del perfil de profesional que trabaja en los centros residenciales para personas mayores y teniendo en cuenta esta interdisciplinariedad para garantizar el bienestar, la

atención y la calidad de vida de los residentes, algunos de los perfiles más comunes incluyen:

1. **Personal de enfermería:** se encargan de la atención médica directa, administración de medicamentos, evaluación del estado de salud y cuidados especializados.
2. **Médicos:** realizan revisiones médicas, diagnósticos y tratamientos, así como el seguimiento de condiciones crónicas de los residentes.
3. **Trabajadores y educadores sociales:** apoyan a los residentes en aspectos sociales, emocionales y administrativos, facilitando la integración y el acceso a recursos.
4. **Terapeutas ocupacionales:** ayudan a los residentes a mantener o mejorar sus habilidades diarias y fomentar la independencia a través de actividades significativas.
5. **Fisioterapeutas:** ayudan a los mayores a mejorar su movilidad y prevenir caídas.
6. **Psicólogos:** ofrecen apoyo emocional y psicológico a los residentes, abordando problemas de salud mental o adaptaciones emocionales.
7. **Gerocultores o cuidadores:** proporcionan asistencia diaria en actividades básicas de la vida como la higiene personal, alimentación y movilidad.
8. **Personal de cocina y nutricionistas:** encargados de preparar comidas adecuadas a las necesidades nutricionales de los mayores y garantizar una dieta equilibrada.
9. **Animadores socioculturales:** organizan actividades recreativas y culturales, fomentando la socialización y el bienestar emocional de los residentes.
10. **Administrativos:** personal que maneja las tareas administrativas, presupuesto, recursos humanos y gestión general del centro.
11. **Técnicos en emergencias:** personas capacitadas para actuar en situaciones de emergencia y primeros auxilios.
12. **Limpieza y mantenimiento:** personal que se encarga de mantener el entorno limpio y seguro para los residentes.

Cada uno de estos perfiles profesionales contribuye de manera significativa al funcionamiento del centro residencial, creando un entorno seguro y acogedor para las personas mayores. La colaboración interdisciplinaria entre estos profesionales es clave para ofrecer una atención integral y personalizada. Para conseguirlo, la formación continua y el desarrollo profesional son también aspectos clave, ya que el campo de la atención de personas mayores está en constante evolución, lo que requiere que los profesionales se mantengan actualizados sobre las mejores prácticas, como puede ser el modelo centrado en la persona y enfoques innovadores en el cuidado (Dijkman *et al.*, 2016).

Si bien es cierto que en los centros residenciales gestionados por las diferentes Administraciones Públicas se dispone de diferentes plantillas profesionales en sus residencias, el perfil de los profesionales que trabajan con personas mayores en residencias de las Islas Baleares, como se ha comentado anteriormente, está definido por una combinación de formación académica, competencias específicas y un marco normativo que regula la atención a este colectivo.

A nivel de marco normativo autonómico, la Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Islas Baleares, establece que los profesionales deben contar con una formación adecuada en áreas como la geriatría, la enfermería, el trabajo social y la terapia ocupacional. Además, el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS) resalta en sus memorias la importancia de la formación continua y la especialización en el cuidado de personas mayores, lo que implica que los profesionales deben estar actualizados en las mejores prácticas y enfoques en el ámbito de la atención geriátrica (IMAS, 2022).

En cuanto a las competencias profesionales, y siguiendo la referencia anterior, se espera que estos profesionales posean habilidades interpersonales sólidas ya comentadas anteriormente, como la empatía y la capacidad de comunicación; competencias esenciales para establecer relaciones de confianza con los residentes y sus familias. La normativa también enfatiza la importancia del modelo de intervención de atención centrada en la persona, lo que implica que los profesionales deben ser capaces de adaptar sus enfoques a las necesidades individuales de cada residente (Ley de servicios so-

ciales, 2009). Además, el IMAS destaca la necesidad de un trabajo en equipo interdisciplinar, donde enfermeros/as, terapeutas y trabajadores/as sociales, entre otros perfiles profesionales, colaboren para ofrecer un cuidado integral y de calidad (IMAS, 2022).

Como se ha podido observar el edadismo, o discriminación por razón de edad, se puede dar de diferentes maneras y en múltiples contextos. La sociedad, como tal, ha de ser capaz de detectar e identificar este tipo de situaciones e intentar amortiguar sus efectos. El primer paso para conseguirlo es conocer a qué nos enfrentamos para después poder actuar de forma interdisciplinar. Se trata de una intervención que depende de todos, ciudadanos, personas mayores y, especialmente, profesionales que de forma directa o indirecta trabajan con personas mayores.

Referencias

- Achenbaum, W. A. (2015). A History of Ageism Since 1969. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 39(3), 10-16. <https://www.jstor.org/stable/26556123>
- Araújo, P. O., Soares, I. M. S. C., Vale, P. R. L. F., Sousa, A. R., Aparicio, E. C. y Carvalho, E. S. S. (2023). Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 31:e4020. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.4020>
- Bodner, E., Palgi, Y. y Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. En: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (eds.). *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging, vol 19*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15
- Bravo-Segal, S. (2018). Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores. *Discurso & Sociedad, Vol. 12(1)*, 1-28.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Butler, R. N. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. Harper & Row.
- Castellano, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una

- muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 14, núm. 3, 365-377.
- Capelli, P. y Keller, J.R. (2013) Classifying work in the new economy. *Academy of Management Review*, vol. 38 (4), 1-22
- Chen, L., Zhang, Y. y Wang, X. (2022). Intergenerational education programs: Enhancing perceptions of aging among youth. *Journal of Intergenerational Relationships*, 20(3), 245-260. <https://doi.org/10.1080/15350770.2022.2045678>
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T. y Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631-648.
- Cury, S. P., y Arias, A. (2018). Las necesidades sociales de las personas mayores en entornos residenciales en la actualidad. *Trabajo Social Hoy*, 83, 105-122. <http://doi.org/10.12960/TSH.2018.0006>
- Dijkman, B., Roodbol, P., Aho, J., Achtschin-Stieger, S., Andruszkiewicz, A., Coffey, A., Felsmann, M., Klein, R., Mikkonen, I., Oleksiw, K., Schoofs, G., Soares, C. y Sourtzi, P. (2016). *European Core Competences Framework for Health and Social Care Professionals Working with Older People*. ELLAN. Disponible en: <http://ellan.savonia.fi/>
- Dosil, C.; Iglesias, P. M.; Taboada, E. M.; Dosil, A. y Real, J. E. (2014). Perfil de las personas mayores usuaria de residencias de asistidos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 5, núm. 1, 291-297.
- Gordon, S. y Gonzales, E. (2025). Ageism in the Family. *Journal of Gerontological Social Work*, 1-7 <https://doi.org/10.1080/01634372.2025.2452934>
- Guerra-Martín, M. D. y Ramírez, M. I. (2021). Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. *Gerokomos*, 31(4), 232-238. Epub 08 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/s1134-928x2020000500007>
- Help Age España (2023). *El edadismo afecta la salud mental de las personas mayores en problemas psiquiátricos y desarrollo cognitivo*. Geriátrica-rea. https://www.geriaticarea.com/2023/12/14/el-edadismo-afecta-la-salud-mental-de-las-personas-mayores-en-problemas-psiquiatricos-y-desarrollo-cognitivo/#_ftn3
- IMAS. (2022). *Memoria de actividades 2021*. Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales.

- IMSERSO (2022). *Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España. Situación año 2022*, Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Madrid.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H.B. y Yu, T. C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. *J Am Geriatr Soc*. Jun;55(6):832-9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>. PMID: 17537082
- Knight, R. L., Chalabaev, A., McNarry, M. A., Mackintosh, K. A., Hudson, J. (2022). Do age stereotype-based interventions affect health-related outcomes in older adults? A systematic review and future directions. *Br J Health Psychol* ;27(2):338-373. <http://doi.org/10.1111/bjhp.12548>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15/12/2006.
- Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Islas Baleares. BOE núm. 163, de 7 de julio de 2009, 56578 a 56640.
- Levy, B. R. y Banaji, M. R. (2002). Implicit Ageism. En T. D. Nelson (ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 49-75. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*. 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Loredana, I. (2023). Edadismo visual: prácticas sociales y representación de las personas mayores en los medios de comunicación. *COMeIN* [en línea], junio 2023, no. 133. ISSN: 1696-3296. <https://doi.org/10.7238/c.n133.2341>
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Informes Portal Mayores*, 14. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- Macías, L. y Vives, M. (2021). Edatisme: en una societat edatista tots hi estam implicats. En A. C. Orte (Dir.) *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2021*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears: 141-156.

- Martins, T., Midão, L., Martínez Veiga, S., Dequech, L., Busse, G., Bertram, M., McDnonald, A., Gilliland, G., Orte, C., Vives M. y Costa, E. (2018). Intergenerational Programs Review: Study Design and Characteristics of Intervention, Outcomes, and Effectiveness. *Journal of Intergenerational Relationships*, 17(1), 93-109. <https://doi.org/10.1080/15350770.2018.1500333>
- Mao, J.; Fu, G. X. y Huang, J. (2023) The double-edged sword effects of active social media use on loneliness: The roles of interpersonal satisfaction and fear of missing out. *Front. Psychol.* (14) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1108467>
- Ministerio de Sanidad (2023). *Promoción del buen trato. Prevención del edadismo*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/buenTratoEdadismo.htm>
- Morcillo, E. y Solís, M. (2024). Percepción del edadismo y la fragilidad en la población mayor. *Conocimiento Enfermero*, Vol. 7, n.º 24, 7-29. <http://doi.org/10.60108/ce.290>
- Orte, C. y Vives, M. (2016) (eds.) *Compartir la infancia. Proyectos intergeneracionales en la escuela*. Octaedro.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Pérez-Rojo, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C. y Carretero, I. (2017a). Buen y mal trato hacia las personas mayores. Teorías explicativas y factores asociados. *Revista Clínica Contemporánea*, 8, e2, 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2017a3>
- Pérez-Rojo, G., Velasco, C., López, P., Noriega, C., Carretero, I. y López, J. (2017b). De los Malos Tratos al Buen Trato en las personas mayores. Nuevo paradigma en la evaluación. *Revista de Victimología*, 6, 57-80.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. https://doi.org/10.1207/s15324834basps2304_2
- Quesada, M.Á. (2024). Los centros gerontológicos residenciales en clave de género: análisis conceptual. *iQual. Revista de Género e Igualdad* (7), 167-190. <https://doi.org/10.6018/iqual.592101>

- Ramos-Soler, I. y Carretón-Ballester, M.C. (2012). Presencia y representación de las personas mayores en la publicidad televisiva: el caso español. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2012; 47(2): 55-61.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, Volume 37, Issue 4, 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sánchez, E. y Montero, I. (2025). Efectos de la intergeneracionalidad (relaciones, contactos y programas) en la reducción del edadismo: una revisión sistemática (2013-2023). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Volume 60, Issue 2, <http://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101540>
- Serrano, P. (2024). Una aproximación al edadismo contra las personas mayores. *Anales de la Real Academia de Doctores de España*, Volumen 9, número 4, 899-916.
- Soriano, J. (2023). *Así es como los Prejuicios te limitan al querer hacer Amigos*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/social/prejuicios-limitan-al-hacer-amigos>
- Swift, H.J. y Abrams, D. (2017). The risks of Ageism Model: how ageism and negative attitudes toward Age can be a barrier to active ageing. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>
- Tulle, E. (2008). The Ageing Body and the Ontology of Ageing: Athletic Competence in Later Life. *Body & Society*, 14(3), 1-19. <https://doi.org/10.1177/1357034X08093570>
- Villas-Boas, S., Ramos, N., Amado, J., Oliveira, A. y Montero, I. (2017). A redução de estereótipos e atitudes negativas entre gerações – o contributo da educação intergeracional. *Laplage em Revista*, vol. 3, núm. 3,: <https://doi.org/10.24115/S2446-62202017333365p.206-220>
- Wong, M. Y. C., Karmakar, P., Almarzooqi, M.A. *et al.* (2023). The effects of walking on frailty, cognitive function and quality of life among inactive older adults in Saudi Arabia: a study protocol of randomized control trial by comparing supervised group-based intervention and non-supervised individual-based intervention. *BMC Geriatr* 23, 602. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04200-w>

Evaluación de actitudes de profesionales frente al edadismo. Análisis de la revisión sistemática

MARÍA VALERO
CARMEN ORTE
DEIMANTE JONUSAITYTE

Resumen

Las actitudes negativas hacia las personas de más edad, los estereotipos hacia el colectivo y las creencias que se tienen y se van reproduciendo en la sociedad son un aspecto que se debe ir erradicando del contexto social. De igual manera estas percepciones se reproducen en los entornos laborales, y los profesionales, muchas veces sin ser conscientes, continúan y transmiten estas actitudes negativas, generando que el edadismo se vaya haciendo más fuerte. Es muy importante como barrera de contención tener información de qué es el edadismo y cómo lo podemos afrontar desde nuestro puesto de trabajo y como profesionales.

El objetivo de este capítulo es identificar, y posteriormente analizar, aquellos instrumentos y herramientas que se utilizan para evaluar la atención profesional a la persona mayor y por extensión aquellas posibles situaciones edadistas, para posteriormente poder evaluar el trabajo desarrollado en un contexto muy específico, como puede ser el de los centros residenciales.

A partir de la revisión sistemática planteada se analizaron nueve estudios que incluyen cómo evaluar el edadismo en profesionales, cuatro de ellos correspondientes a instrumentos de evaluación de las actitudes edadistas, y cinco de ellos que corresponden a instrumentos de evaluación del modelo de atención centrada en la persona. Analizar aquellos instrumentos que evalúan las actitudes negativas hacia las personas mayores, elemento importante para identificar situaciones edadistas, y aquellos instrumentos que evalúan la adopción del modelo de atención centrada en la persona, nos permitirá tener una visión amplia de cómo se encuentra el panorama actual para poder trabajar en esta línea.

Esta revisión sistemática de instrumentos de evaluación deja constancia del ámbito tratado y es una línea de trabajo que se debe explorar en mayor profundidad, ya que los elementos analizados presentan características complejas que deben ser tratadas desde diferentes enfoques y que pueden contribuir de forma significativa a la evaluación de resultados de las intervenciones en esta área.

1. Introducción

La aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP) es un indicador de calidad en los cuidados (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019) que reduce los niveles de estereotipos negativos hacia las personas mayores. La literatura ha puesto de manifiesto la escasez de instrumentos en español para evaluar el edadismo (Iglesias-Gómez *et al.*, 2022) y la aplicación del modelo ACP en los entornos residenciales (Martínez *et al.*, 2016; Pérez-Rojo *et al.*, 2021). La falta de instrumentos obedece a cuestiones de fundamentación teórica, de claridad conceptual u operatividad del constructo, complejidad dimensional o variedad de modelos explicativos (Martínez *et al.*, 2020). Por ello, el abordaje del edadismo y su relación con la calidad de vida de las personas mayores en el ámbito residencial se ha convertido en una línea de trabajo prioritaria, desde una doble vertiente, la aplicación práctica y la investigación.

El desarrollo y utilización de instrumentos con buenas propiedades psicométricas que evalúen contenidos específicos asociados a un buen trato en las personas mayores es fundamental para la investigación y evaluación de aplicaciones prácticas en esta área. Si realizamos una intervención para cambiar elementos actitudinales necesitamos también instrumentos que permitan evaluar la eficacia de las acciones formativas, o incluso conocer la magnitud o las dimensiones de este fenómeno en los diferentes entornos. Más concretamente, necesitamos de instrumentos de evaluación adaptados y validados para población española que evalúen el edadismo (Iglesias-Gómez *et al.*, 2022), y de forma específica, que lo evalúen en los profesionales que trabajan

de forma directa o indirecta en el cuidado y la atención de personas mayores. Por ejemplo, se sabe que la conducta paternalista empeora la calidad de vida de las personas que viven en una residencia, que es contrario a la aplicación del modelo ACP y que en gran parte esto se debe a los estereotipos negativos asociados a la vejez. Recientemente, Fernández-Ballesteros *et al.* (2019) han revisado la base teórica del concepto, operativizando el constructo, creando un instrumento para evaluar el paternalismo en los cuidados.

El contexto de institucionalización y de atención residencial es suficientemente complejo como para precisar de instrumentos y herramientas de evaluación que atiendan de forma específica a las características de este entorno de trabajo. Pérez-Rojo *et al.* (2021) sostienen que se trata de un ambiente atencional especialmente particular debido tanto a condiciones de los usuarios como de los cuidadores. Concretamente, en el caso de los usuarios se entiende que se encuentran en una situación de elevada vulnerabilidad y en muchos casos también presentan un nivel alto de dependencia. Por otro lado, los cuidadores tienen una carga laboral exigente y pueden encontrarse bajo altos niveles de estrés y ansiedad. Además, la falta de habilidades de gestión, de formación específica o las actitudes negativas hacia la vejez, son condiciones que repercuten en su desempeño y bienestar laboral, y por ende también en el trato profesional que ofrecen a los usuarios (Pérez-Rojo *et al.*, 2021).

En el marco de desarrollo de una intervención formativa que pretende impactar sobre estos elementos, la búsqueda de los mejores instrumentos en base a las evidencias disponibles se convierte en una meta fundamental. Es por ello, que el objetivo en el presente capítulo es realizar una revisión sistemática de la literatura sobre instrumentos de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez y de la adopción del modelo de ACP. Además, esta revisión se centra concretamente en aquellos instrumentos que se han aplicado o que están destinados a profesionales con un trato directo e indirecto con personas mayores en ámbitos residenciales y asistenciales.

2. Metodología de la revisión sistemática de instrumentos

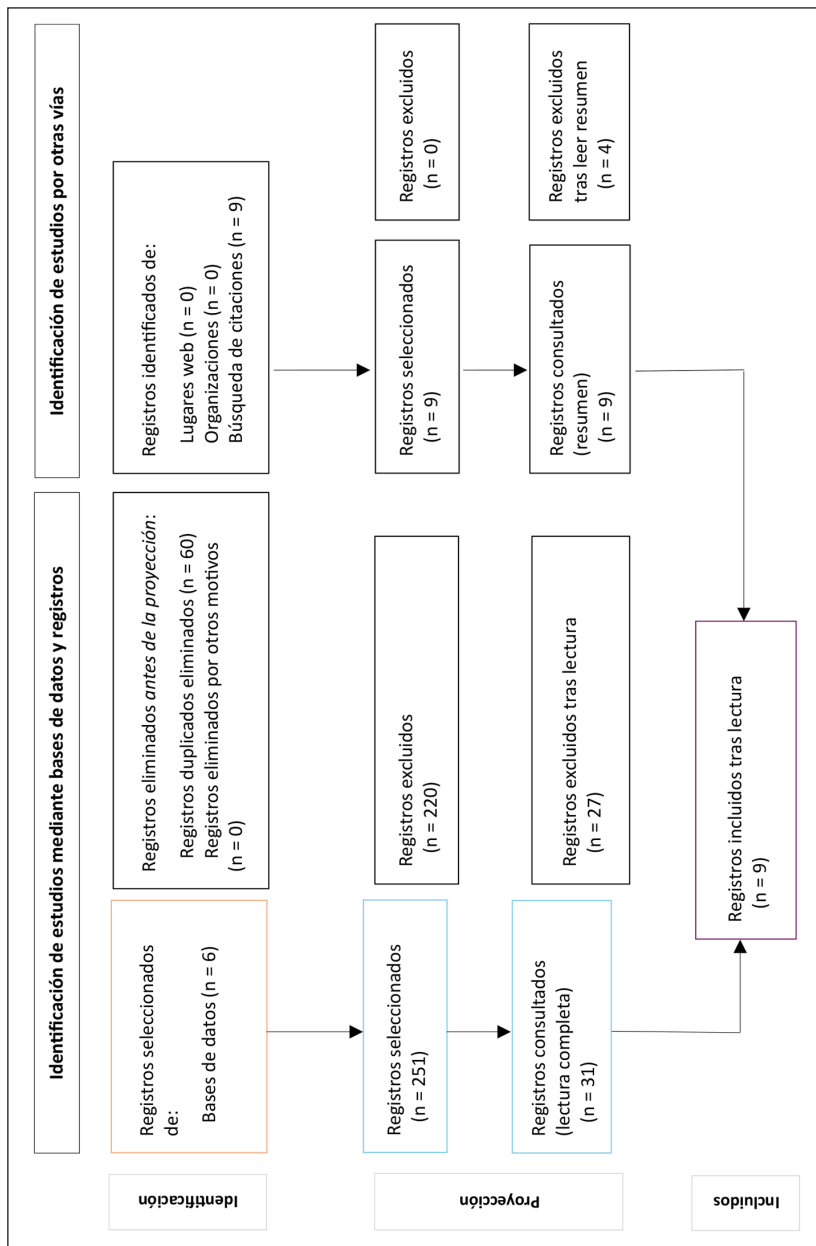
En la presente revisión se incluyeron los artículos encontrados a partir del análisis y búsqueda de resultados en seis bases de datos nacionales e internacionales: Web of Science, EBSCO, SCOPUS, PubMed, Dialnet y Google Scholar. La búsqueda se llevó a cabo en base a dos ecuaciones de búsqueda, con palabras clave tanto en castellano como en inglés: *Estereotipo negativo, Cuestionario/evaluación y Vejez/envejecimiento*: «Cuestionario* AND evaluación* AND envejecimiento OR vejez* AND estereotipo negativo» – «*Questionnaire* AND assessment* AND ageism OR ageing AND negative stereotype*» y «Cuestionario* AND evaluación AND edadismo AND discriminación AND actitudes» – «*Questionnaire* AND assessment AND ageism AND discrimination AND attitudes*».

Los criterios de inclusión que se utilizaron para seleccionar los artículos fueron: a) artículos publicados sobre estudios (en inglés y/o castellano) que trataran la evaluación de las percepciones edadistas y los estereotipos negativos asociados al envejecimiento y la vejez, a través de instrumentos de medida traducidos y validados sobre muestra nacional, b) publicados entre 2013-2023 e implementados en territorio nacional, y finalmente, c) aplicados sobre población activa, del ámbito sociosanitario y la atención directa y/o indirecta a personas mayores.

La búsqueda se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre de 2023, y todos los estudios que no cumplieron con los criterios anteriores fueron excluidos. Una vez introducidas las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos, y eliminando los duplicados, se obtuvo un resultado de 251 artículos. Posteriormente, tras la lectura de título, resumen y palabras clave fueron seleccionados 40 estudios para una lectura completa y revisión de sus referencias. Finalmente, tras la aplicación de los criterios de inclusión, se analizaron nueve estudios que son los que se describen en el presente capítulo.

En la figura 1 se recoge el diagrama de flujo que ilustra el procedimiento seguido para la búsqueda y en la tabla 1 el número de artículos encontrados, descartados y seleccionados en cada

Figura 1. Búsqueda bibliográfica realizada siguiendo el diagrama de flujo PRISMA 2020.



Nota. Adaptado de «The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews», por Page *et al.*, 2021.

una de las bases de datos. Asimismo, la búsqueda se completó en base a otras vías, concretamente revisión de referencias y citas. Cabe señalar gran parte de las razones por las que se excluyeron los estudios tiene que ver con el incumplimiento del criterio temático. Por ejemplo, algunos de los estudios se descartaron porque evaluaban los estereotipos negativos asociados a la vejez en jóvenes y estudiantes (Sarabia y Castanedo, 2015; Gutiérrez y Mayordomo, 2019; Rodríguez, 2020; Muntsant *et al.*, 2021), también porque lo hacían en las propias personas mayores (Castellano, 2013; Llamas y Lana, 2023; Muñoz, 2015; Sanhueza, 2014; Hinojal y Quevedo-Aguado, 2019), o en ambos grupos poblacionales (Menéndez *et al.*, 2016; López, 2019), y no en profesionales que trabajasen de forma directa o indirecta con ellos, que es el objetivo de esta revisión.

Tabla 1. Número de artículos localizados en cada base de datos

	Artículos localizados	Artículos descartados	Artículos seleccionados
Web of Science	60	60	0
EBSCO	24	23	1
SCOPUS	12	12	0
PubMed	30	30	0
Dialnet	31	29	2
Google Scholar	94	93	1
Otras vías (referencias y citas)	9	4	5
Total	260	251	9

Los estudios de esta revisión se han clasificado en base al propósito de los instrumentos desarrollados, agrupándose en dos categorías: estudios relacionados con la evaluación de las actitudes edadistas y estudios relacionados con la evaluación del modelo de ACP.

3. Resultados de la revisión

3.1 Instrumentos de evaluación de las actitudes edadistas

A continuación, se presenta un resumen y descripción de las principales características de cada uno de estos instrumentos. En la tabla 2 se muestran de forma resumida los estudios incluidos sobre instrumentos de evaluación de las actitudes edadistas. Concretamente, se hace referencia a la muestra, el objetivo del estudio, los instrumentos de evaluación, las dimensiones evaluadas, número de ítems y las propiedades psicométricas. Como resultado de la revisión se identificaron dos instrumentos traducidos, validados y con buenas propiedades psicométricas desarrollados para medir los estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez y el envejecimiento. Estos instrumentos son el *Ageist Myths in Psychotherapy Questionnaire* [AMPQ] de López *et al.* (2020) y el *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* [CENVE] de Blanca *et al.* (2005).

Tabla 2. Principales características de los estudios revisados sobre evaluación de actitudes edadistas

Referencia	Muestra	Objetivo del estudio	Instrumento de evaluación	Dimensiones e ítems	Propiedades psicométricas
Felipe <i>et al.</i> (2018)	(n = 200) Profesionales y estudiantes de fisioterapia y terapia ocupacional. Edades entre 18 a 62 años.	Analizar los estereotipos edadistas de la muestra y relacionarlos con 3 variables: sexo, contacto previo con personas mayores y grado de capacidad funcional de estas.	1. Cuestionario CENVE (Blanca <i>et al.</i> , 2005). 2. Cuestionario creado ad hoc.	1. Salud, motivacional-social y carácter-personalidad (3 dimensiones, 15 ítems). 2. Datos demográficos, académicos, laborales, y sobre la frecuencia de contacto con personas mayores con niveles de funcionalidad óptima y baja.	Consistencia interna factores CENVE: Salud $\alpha = 0.67$ Motivación $\alpha = 0.64$ Carácter-personalidad $\alpha = 0.66$

Referencia	Muestra	Objetivo del estudio	Instrumento de evaluación	Dimensiones e ítems	Propiedades psicométricas
López <i>et al.</i> (2020)	(n = 222) Población universitaria graduada. Edades entre 20 a 46 años.	Desarrollar y validar el Cuestionario de Mitos Edadistas en la Psicoterapia, AMPQ.	1. Ageist Myths about Psychotherapy Questionnaire, AMPQ. 2. Cuestionario sobre los Estereotipos Negativos hacia el Envejecimiento, CENVE (Blanca <i>et al.</i> , 2005). 3. Escala de actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados (Serrani, 2012).	1. Mitos edadistas en psicoterapeutas (1 dimensión, 10 ítems). 2. Salud, motivacional-social y carácter-personalidad (3 dimensiones, 15 ítems) 3. Rechazo, afecto y experiencia (3 dimensiones, 20 ítems).	Consistencia interna de los instrumentos: 1. $\alpha = 0.73$ 2. $\alpha = 0.78$ 3. $\alpha = 0.72$
Iglesias-Gómez <i>et al.</i> (2022)	(n = 347) Profesionales sanitarios y no sanitarios de atención primaria. Edad media 52 años.	Analizar los estereotipos edadistas de la muestra y relacionarlos con variables sociodemográficas, el contacto con personas mayores y los rasgos de la personalidad.	1. CENVE-R (Rosell <i>et al.</i> , 2020), versión revisada de estructura unifactorial e invariante según edad (por encima o debajo los 60 años) y sexo. 2. <i>Ten-Item Personality Inventory</i> , TIPI versión española (Renau <i>et al.</i> , 2013), para medir influencia de la personalidad.	1. Salud, motivación y carácter (3 dimensiones, 15 ítems). 2. Extraversión, afabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y apertura (5 dimensiones, 10 ítems). 3. (Datos sociodemográficos). Edad, sexo, nivel estudios, categoría profesional, tiempo en el cargo profesional.	Consistencia interna CENVE-R: $\alpha = 0.94$ $\Omega = 0.92$

Referencia	Muestra	Objetivo del estudio	Instrumento de evaluación	Dimensiones e ítems	Propiedades psicométricas
Rodríguez-Mora (2023)	(n = 305) Profesionales psicoterapeutas. Edades entre 22 a 76 años.	Evaluar los estereotipos edadistas de la muestra y relacionarlos con variables de edad y sexo, la atención a personas mayores de 65 años y la formación gerontológica.	1. Cuestionario <i>ad hoc</i> 2. Cuestionario CENVE validado sobre población española joven y adulta (Menéndez <i>et al.</i> , 2016) 3. Dos preguntas: tipo intervalo y respuesta (sí/no).	1. Edad, sexo. 2. Salud, motivación y carácter (3 dimensiones, 15 ítems). 3. a) Atención a personas mayores de 65 años y número de veces al año. b) Formación específica en gerontología o personas mayores.	Consistencia interna CENVE (Menéndez <i>et al.</i> , 2016): $\alpha = 0.89$

El AMPQ de López *et al.* (2020) es un instrumento de carácter unidimensional que consta de 10 ítems de respuesta tipo Likert, de 0 = «Muy en desacuerdo» a 4 = «Muy de acuerdo», donde se recogen afirmaciones basadas en mitos edadistas que podrían presentarse en el contexto de la psicoterapia. Por ejemplo, «Las personas mayores no presentan capacidad para el aprendizaje de nuevas cosas»; «Debido a su rigidez de pensamiento, las personas mayores son más reticentes al cambio»; «Las personas mayores no tienen la plasticidad mental necesaria para beneficiarse de la psicoterapia». López *et al.* (2020) desarrollaron el cuestionario relacionándolo con las variables de otros instrumentos existentes que miden los estereotipos negativos hacia la vejez (Blanca *et al.*, 2005) y las actitudes negativas hacia la demencia (Serrani, 2012, citado en López *et al.*, 2020), con el objetivo de analizar la influencia de las percepciones y actitudes edadistas de los profesionales psicoterapeutas, con bajo interés por tratar a pacientes adultos mayores (López *et al.*, 2020, p. 643). El AMPQ mostró una relación significativa entre el nivel de edadismo en psicoterapia, los estereotipos negativos hacia la vejez y las percepciones negativas de los profesionales respecto a las competencias y capacidades de los pacientes adultos mayores. Estos autores sostienen que el edadismo impacta sobre la calidad de la atención psicoterapéutica que reciben las personas mayores (presunciones de las

capacidades del paciente respecto al proceso y éxito de la terapia; pérdida de capacidades asumidas del paciente), así como sobre la propia motivación de los profesionales para tratar con pacientes mayores. Sugiriendo que estas disposiciones varían en función del conocimiento sobre el proceso de envejecimiento, por lo que la formación para reducir el edadismo sería un elemento clave en los servicios de atención psicológica para personas mayores.

El segundo instrumento es una adaptación del cuestionario *Facts On Aging Quiz* [FAQMH] de Palmore (1988): el *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* [CENVE] de Blanca *et al.* (2005). Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en España (Iglesias-Gómez *et al.*, 2022) dadas sus cualidades psicométricas y su facilidad de administración.

En esta revisión se han analizado cuatro estudios que han utilizado la escala CENVE en profesionales de la atención sociosanitaria (Felipe *et al.*, 2018; Iglesias-Gómez *et al.*, 2022; López *et al.*, 2020; Rodríguez-Mora, 2023). El instrumento original está compuesto por 15 ítems con cuatro opciones de respuesta que va desde 1 = «Totalmente en desacuerdo» hasta 4 = «Totalmente de acuerdo». Evalúa el grado de estereotipos edadistas del encuestado en base a tres dimensiones: (1) salud: «La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria»; (2) motivacional-social: «Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes» y (3) carácter-personalidad: «A medida que las personas se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles». Cada dimensión fluctúa entre 5 y 20 puntos, con una suma total máxima de 60 puntos; a puntuaciones más altas, mayor grado de estereotipos hacia la vejez. Menéndez *et al.* (2016) revisaron la estructura factorial del CENVE, concluyendo que la escala ofrece mayor información calculando sus resultados de manera unidimensional; podemos encontrar en la literatura autores/as que interpretan los resultados del cuestionario como: a) de 15 a 28 puntos corresponde a un nivel muy bajo de estereotipos negativos hacia las personas mayores, b) de 29 a 39 equivale a bajo, c) de 40 a 50 corresponde a alto, y d) de 51 a 60 equivale a un nivel muy alto de estereotipos negativos. Final-

mente, Rosell *et al.* (2020) presentaron una versión revisada (CENVE-R) de estructura unifactorial e invariante según edad (por encima o debajo de los 60 años) y sexo.

Tres de los estudios (Iglesias-Gómez *et al.*, 2022; Felipe *et al.*, 2018; Rodríguez-Mora, 2023) no encontraron diferencias significativas entre sexo y edad, mientras que López *et al.* (2019), de acuerdo con los hallazgos de estudios anteriores, encontró que los psicólogos hombres tenían mayores percepciones edadistas que las mujeres, si bien solo el 18% de la muestra estaba compuesta por hombres. Las puntuaciones mostraron niveles de estereotipos bajos (Felipe *et al.*, 2018; Rodríguez-Mora, 2023) y neutrales (Iglesias-Gómez *et al.*, 2022). En todos ellos, se encontró una estrecha relación entre las actitudes edadistas de los profesionales y sus conocimientos sobre envejecimiento: a mayor nivel de profesionalización o formación específica en gerontología y envejecimiento, menor presencia de actitudes edadistas. En relación con el contacto con personas mayores, el contacto frecuente con los mayores con capacidad funcional óptima se relacionaba con niveles más bajos de edadismo (Felipe *et al.*, 2018), del mismo modo, los profesionales que atendían a pacientes mayores en el contexto de la psicoterapia sin tener formación gerontológica específica presentaban más estereotipos negativos (Rodríguez-Mora, 2023). Además, a mayor edad del profesional, menor atención a pacientes mayores (Rodríguez-Mora, 2023). Iglesias-Gómez y colaboradores (2022) relacionaron los rasgos de la personalidad del profesional con la presencia de edadismo, encontrando que, a mayor afabilidad y años en el puesto de trabajo, menos actitudes negativas hacia la vejez.

3.2 Instrumentos de evaluación del modelo de Atención Centrada en la Persona

En la tabla 3 se presentan los estudios encontrados sobre instrumentos de evaluación del modelo ACP. Concretamente, se hace referencia a la muestra, el objetivo del estudio, los instrumentos de evaluación, las dimensiones evaluadas, número de ítems y las propiedades psicométricas. La implementación del modelo ACP

Tabla 3. Principales características de los estudios revisados sobre evaluación del modelo ACP

Referencia	Muestra	Objetivo del estudio	Instrumento de evaluación	Dimensiones e ítems	Propiedades psicométricas
Fernández-Ballesteros <i>et al.</i> (2019)	(n = 160) Profesionales que trabajaban en residencias de mayores y centros de día. Edad media 51.7 años (SD 16.8).	Desarrollar y validar una escala que mida las conductas paternalistas y autonomistas en el contexto del cuidado formal de personas mayores.	1. <i>Paternalistic/Autonomistic Care Assessment</i> , PACA. Ítems de dos formatos: PACA- <i>Appraisal</i> PACA- <i>Occurrence</i>	Dos dimensiones (30 ítems): sobreprotección (paternalismo) y autonomía.	Consistencia interna: Sobreprotección $\alpha = 0.93$ Autonomía $\alpha = 0.76$
Martínez <i>et al.</i> (2015)	(n = 1339) Profesionales de atención directa en residencias de personas mayores. Edad media 39.41 años (SD 10.54).	Adaptar y validar el <i>Person-centered Care Assessment Tool</i> , P-CAT (Edvardsson <i>et al.</i> , 2010) para población española.	1. Cuestionario <i>ad hoc</i> . 2. <i>Person centered care Assessment Tool</i> , P-CAT (Edvardsson <i>et al.</i> , 2010) versión española. 3. <i>Organizational Climate Scale</i> , CLIOR (Muñiz <i>et al.</i> , 2014) 4. <i>Maslach Burnout Inventory</i> , MBI (Seisdedos, 1997)	1. a) Sobre los centros residenciales: ubicación, propiedad (público, privado, mixto), tamaño (grande, mediano, pequeño), tipo de vivienda (urbano, no urbano), modalidad de gestión (directa, indirecta, mixta). b) Sobre datos sociodemográficos y laborales: edad, sexo, profesión, años al cuidado de personas mayores. 2. Atención personalizada, apoyo organizacional y accesibilidad ambiental (3 dimensiones, 13 ítems). 3. Clima organizacional (1 dimensión, 15 ítems). 4. Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (3 dimensiones, 22 ítems).	Consistencia interna de los instrumentos: 2. $\alpha = 0.81$, 0.31, 0.77 3. $\alpha = 0.92$ 4. $\alpha = 0.88$, 0.56, 0.75

Referencia	Muestra	Objetivo del estudio	Instrumento de evaluación	Dimensiones e ítems	Propiedades psicométricas
Martínez (2016)	(n = 1339) Profesionales de atención directa en residencias de personas mayores. Edad media 39.41 años (SD 10.54).	Adaptar y validar el <i>Staff Assessment Person-directed Care</i> , PDC (White <i>et al.</i> , 2008) en población española.	1. <i>Staff Assessment Person-directed Care</i> , PDC versión Española. 2. Person centered care Assessment Tool, P-CAT (Edwards <i>et al.</i> , 2010) versión Española. 3. <i>Organizational Climate Scale</i> , CLIOR (Muñiz <i>et al.</i> , 2014). 4. <i>Maslach Burnout Inventory</i> , MBI (Seisdedos, 1997).	1. a) Atención centrada en la persona (autonomía, perspectiva de la persona, conocimiento de la persona, bienestar de los cuidados, relaciones sociales) y, b) apoyo del entorno (ambiente personalizado, profesionales de atención directa, organización; 2 dimensiones, 8 factores, 50 ítems).	Consistencia interna de los instrumentos: 1. $\alpha = 0.98$ 2. $\alpha = 0.88$ 3. $\alpha = 0.92$ 4. $\alpha = 0.88$, 0.71 y 0.78 cada dimensión
Martínez <i>et al.</i> (2020)	(n = 844) Profesionales del ámbito sanitario Edad media 39.94 años	Desarrollar y validar un instrumento que permita a los profesionales de la salud evaluar el nivel de atención centrada en la persona de sus centros gerontológicos.	1. <i>Person-centered Care Gerontology Staff questionnaire</i> , PCC-G-Staff 2. P-CAT 3. PDC	1. Estructura unidimensional (23 ítems).	Consistencia interna de los instrumentos: 1. $\alpha = 0.96$ 2. $\alpha = 0.85$ 3. $\alpha = 0.96$

Referencia	Muestra	Objetivo del estudio	Instrumento de evaluación	Dimensiones e ítems	Propiedades psicométricas
Pérez-Rojo <i>et al.</i> (2021)	(n = 286) Profesionales de atención directa en residencias de personas mayores. Edad media 39.21 años (SD 12.15).	Evaluar y validar la escala GCS-NH, respecto a la frecuencia con la que los profesionales han desarrollado conductas relacionadas con la atención de personas mayores institucionalizadas.	1. Variables sociodemográficas y profesionales. 2. <i>Professional Good Care Scale in Nursing Homes</i> , GCS-NH (Pérez-Rojo <i>et al.</i> , 2021) 3. <i>Memory and Behaviour Problems Checklist- Nursing Homes</i> , RMBPC-NH, versión española (Velasco <i>et al.</i> , 2019). 4. <i>Staff Assessment Person-Directed Care</i> , PDC (Martínez <i>et al.</i> , 2016). 5. <i>Person-centred Care Assessment Tool</i> , P-CAT (Martínez <i>et al.</i> , 2015).	1. Edad, sexo, nivel de estudios, salud subjetiva, media de tiempo trabajando, satisfacción y motivación con su trabajo, presión del tiempo, sobrecarga y recursos disponibles. 2. Humanización, no-infantilización, respeto y empoderamiento (4 dimensiones, 32 ítems). 3. Problemas de comportamiento de los residentes (cognitivos, emocionales, funcionales y otros) y su relación con la carga de los profesionales y el bienestar de los residentes (42 ítems).	Consistencia interna de los instrumentos: 2. $\alpha = 0.77$ 3. $\alpha = 0.96$ 4. $\alpha = 0.95$ 5. $\alpha = 0.80$

en los contextos de cuidado institucionalizado de personas mayores, según Martínez *et al.* (2015) se puede analizar mediante tres tipos de instrumentos: a) los que sirven para observar el cuidado que se proporciona, b) aquellos que identifican las opiniones de los que reciben el cuidado, es decir la percepción de los usuarios, y c) los que recogen las opiniones de los profesionales encargados de proporcionar dichos cuidados. En esta revisión se analizan cinco instrumentos basados en la última tipología, es decir, en la perspectiva de los profesionales que llevan a cabo los cuidados.

El *Paternalistic/ Autonomistic Care Assessment* (PACA) adaptado por Fernández-Ballesteros *et al.* (2019), que identifica el grado de conductas paternalistas y autonomistas de los profesionales

en el contexto de la atención a personas mayores institucionalizadas, consta de dos factores: a) conductas sobreprotectoras y, b) conductas promotoras de la autonomía. Está formado por dos subescalas que se pueden usar de forma independiente, *PACA-Appraisal* mide la valoración del cuidado por parte del profesional que presenta un formato de respuesta en escala Likert, donde 1 = «No estoy de acuerdo» y 4 = «Estoy completamente de acuerdo», y *PACA-Occurrence* que evalúa la ocurrencia de determinadas conductas en el contexto de la atención profesional. Esta subescala presenta un formato de respuesta «Sí/No», según si el profesional ha observado o no la conducta descrita. El cuestionario recoge un total de 30 ítems descriptivos como, por ejemplo, «Cuando se observa que las personas mayores tardan mucho o les cuesta terminar una frase, hay que hablar por ellos»; «En el caso de la demencia, se debe hacer lo que se crea mejor para la salud de la persona mayor»; «Cuando las personas mayores descuidan elementos esenciales de su vida diaria, es necesario decidir qué sería mejor para ellos». Los ítems están basados en el registro de determinadas situaciones de cuidados observadas en residencias a lo largo de dos meses. El instrumento mostró buenas propiedades psicométricas, además, los autores evidenciaron la coexistencia de ambos modelos del cuidado en un mismo contexto, en contra de los resultados evidenciados por otros autores (Brownie *et al.*, 2013; Charles *et al.*, 1999; citados en Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019). El estudio mostró varias conclusiones relevantes a partir de la escala PACA como, por ejemplo, la influencia significativa de las actitudes edadistas del profesional en el cuidado paternalista o la correlación negativa entre la ocurrencia de conductas paternalistas y valoración de las conductas autonomistas. Es decir, se deduce que a medida que aumenta el valor que otorga el profesional hacia la autonomía del usuario, la tendencia a observar conductas paternalistas en el contexto, la atención es menor, y que, a visiones más positivas sobre el envejecimiento, actitudes del profesional más respetuosas con la autonomía del usuario.

El *Person-centered Care Assessment Tool* (P-CAT) validado por Martínez *et al.* (2015) permite evaluar en qué grado se imple-

menta el modelo ACP en los contextos de cuidados institucionalizados, con el propósito de identificar posibles aspectos de mejora en la calidad del cuidado ofrecido por los profesionales. Recoge información sobre tres dimensiones, a) el cuidado personalizado, b) el apoyo organizacional y, c) la accesibilidad ambiental. Está formado por un total de 13 preguntas tipo Likert, donde 1 = «Totalmente en desacuerdo» y 4 = «Totalmente de acuerdo». Los ítems se tratan de afirmaciones como, por ejemplo, «El ambiente del centro es caótico»; «No tengo tiempo para proporcionar una atención centrada en la persona»; «A las personas usuarias se les da la posibilidad de implicarse de modo individual en las actividades cotidianas del centro».

El *Staff Assessment Person-directed Care* (PDC) validado por Martínez (2016) evalúa dos dimensiones principales: a) atención centrada en la persona y b) apoyo del entorno para la atención centrada en la persona. La primera de estas dimensiones se configura en torno a cinco factores: autonomía, personalidad, conocimiento de la persona, atención comfortable y relaciones de apoyo; mientras que la segunda, se constituye por tres factores: el trabajo con los residentes, el entorno personal de los residentes y la gestión y/o estructura. El instrumento está formado por 50 preguntas en formato Likert. Algunos ejemplos de pregunta serían: «Pensando en las personas que usted cuida o atiende, cuántas de ellas: Deciden dónde quieren comer»; «Pensando en las personas que cuida o atiende, a/con cuántas usted puede: Saber cuándo necesitan ir al servicio, incluso si no pueden hablar»; «Pensando en las personas que cuida o atiende, con qué frecuencia usted puede: Mantenerlas en contacto con sus familias»; «Pensando en su trabajo: Es capaz de actuar en defensa de las personas usuarias».

El *Person-centered Care Gerontology Staff questionnaire* (PCC-G-Staff) desarrollado por Martínez *et al.* (2020) para población española y con una estructura unidimensional está formado por 23 preguntas en formato Likert como, por ejemplo, «Las personas mayores pueden tomar decisiones sobre sus cuidados (por ejemplo, cuándo levantarse o acostarse, cuándo bañarse o qué ropa usar)»; «Aquí los mayores son tratados con respeto»; «Las

actividades que se organizan son estimulantes, significativas (tienen sentido para quienes las realizan) y respetan las edades de los participantes (no son infantiles)». Cada ítem tiene diez opciones de respuesta, donde 1 = «Totalmente en desacuerdo» y 10 = «Totalmente de acuerdo». Este instrumento mostró una correlación significativa con los cuestionarios P-CAT y PDC, además de presentar buenos niveles de sensibilidad y especificidad para discriminar entre las residencias geriátricas que implementan el modelo ACP de las que no (Martínez *et al.*, 2020). Otro aspecto destacado de este instrumento es la inclusión de ítems que hacen referencia a usuarios con niveles de demencia o dependencia severa, como por ejemplo, «Los asuntos privados de la persona mayor (problemas de salud, relaciones personales, preferencias personales, etc.) se tratan con la máxima discreción y respeto, incluso cuando tenga un deterioro cognitivo avanzado»; «Para las personas con demencia avanzada, los cuidados y actividades se deciden teniendo en cuenta su historia de vida y la observación de su bienestar».

En todos los casos (Martínez *et al.*, 2015, 2016, 2020), los autores correlacionaron los instrumentos con otras escalas validadas en cuanto al clima organizacional (Muñiz *et al.*, 2014) y el síndrome del *burnout* (Seisdedos, 1997), encontrando correlaciones positivas con el clima organizacional y la realización personal, y negativas con el agotamiento emocional y la despersonalización. Es decir, los entornos residenciales que siguen el modelo ACP no solo facilitan el bienestar de las personas que reciben los cuidados, es decir los residentes, mejorando su calidad de vida, sino que la adopción de este modelo también impacta de forma positiva en los profesionales que lo implementan y que están al cargo de los cuidados, presentando niveles de estrés más bajos, mayor realización personal, implicación en su trabajo diario y satisfacción laboral.

Finalmente, el *Professional Good Care Scale in Nursing Homes* (GCS-NH) validado por Pérez-Rojo *et al.* (2021) mide el grado de frecuencia con la que los profesionales han llevado a cabo determinadas conductas en el contexto de la atención de los usuarios en el último mes. El instrumento evalúa cuatro dimen-

siones proporcionando información sobre humanización, no-infantilización, respeto y empoderamiento. Está formado por 32 preguntas en formato tipo Likert, como, por ejemplo: «Atender a la mayor brevedad las peticiones de los usuarios»; «Tener en cuenta la toma de decisiones de los usuarios»; «Dirigirse a los usuarios con palabras como cielo, cariño, mi amor o similares», donde 0 = «Mucho, si se ha realizado más de 10 veces en el último mes» hasta 4 = «Nunca, si no se ha realizado en el último mes». Tras la suma total de las subescalas se interpreta que, a mayor puntuación, mejor es la calidad de los cuidados que se proporcionan. El instrumento ha demostrado la capacidad de detectar el abuso institucional de las personas mayores, a través de un enfoque centrado en los factores de protección y las claves del buen cuidado, que van desde la protección contra las faltas de respeto y la violación de derechos como dignidad, intimidad, autonomía o infantilización. Los autores correlacionaron el instrumento con el P-CAT (Martínez *et al.*, 2015), el PDC (Martínez *et al.*, 2016) y una escala que mide la frecuencia de los problemas de conducta de los usuarios y su relación con el *burnout* de los profesionales y el bienestar de los usuarios (Velasco *et al.*, 2019). A partir de los resultados del GCS-NH, los autores encontraron que la calidad de la atención institucionalizada empeoraba a mayor edad en los profesionales, con la autopercepción negativa sobre la propia salud del profesional, mayor frecuencia de conductas problemáticas de los usuarios y peores condiciones laborales (sobrecarga, tiempo de trabajo, recursos insuficientes, etc.); por el contrario, la calidad de los cuidados era mejor cuando el profesional percibía su salud positivamente, se encontraba satisfecho y motivado en su trabajo, tenía mayor nivel de estudios y cuando se aplicaban los cuidados basados en el modelo de la ACP.

4. Conclusiones

La formación sobre el proceso de envejecimiento está considerada como un elemento fundamental en la reducción del edadis-

mo y en la aplicación del modelo ACP en los cuidados residenciales o institucionales (Felipe *et al.*, 2018; Iglesias-Gómez *et al.*, 2022; López *et al.*, 2020; Rodríguez-Mora, 2023). La evaluación de las intervenciones formativas resulta clave para comprobar la adquisición de conocimientos, el cambio de actitudes y la eficacia para conseguir los cambios deseados en el comportamiento, fruto de la formación recibida sobre edadismo y ACP. Para ello es imprescindible contar con instrumentos con buenas propiedades psicométricas, que hayan sido aplicados para detectar el edadismo en profesionales de atención directa (e indirecta) y de forma más concreta, en el contexto de la atención residencial. Se ha podido observar, como resultado de la revisión sistemática de instrumentos, que la evaluación tanto de las actitudes edadistas, como de la adopción del modelo ACP, sigue siendo un reto en la actualidad, sobre el que es necesario seguir profundizando, ya que ambos fenómenos presentan algunas dificultades operativas y de conceptualización por su complejo carácter multidimensional y multifactorial.

En este capítulo, se han revisado los instrumentos disponibles para evaluar las actitudes negativas hacia los mayores como base para los comportamientos discriminatorios y edadistas, y por otro, de la adopción del modelo ACP por parte de los profesionales que proporcionan cuidados en los entornos residenciales. La calidad de vida de las personas mayores en los servicios asistenciales depende en gran medida de que instituciones y profesionales estén libres de edadismo. Además, sabemos qué gran parte de la calidad de la atención que reciben las personas mayores depende de si los servicios, instituciones y profesionales, entienden y consideran importantes las preferencias y las necesidades individuales y personales de los usuarios (Martínez *et al.*, 2020), aspectos todos ellos incompatibles con el edadismo. Por lo que, explorar cómo se aplica el modelo ACP en las residencias, las implicaciones sobre la calidad de los cuidados y los comportamientos edadistas, deben seguir explorándose desde un punto de vista teórico y práctico.

En cuanto a la evaluación de las actitudes edadistas, el instrumento más utilizado y con mejores propiedades psicométricas

es el *Cuestionario sobre los Estereotipos Negativos hacia el Envejecimiento CENVE* (Blanca *et al.*, 2005). Este instrumento recoge de forma amplia información sobre los estereotipos negativos respecto a la salud, las motivaciones personales y sobre el carácter o personalidad de las personas mayores. En relación con la evaluación de la adopción del modelo ACP, resaltaríamos el instrumento *Professional Good Care Scale in Nursing Homes GCS-NH* (Pérez-Rojo *et al.*, 2021) por estar diseñado para detectar el abuso institucional de las personas mayores desde un enfoque que enfatiza en los factores de protección, siendo claves del buen cuidado la humanización, la no infantilización, el respeto por la dignidad y la intimidad, así como el empoderamiento para el mantenimiento de la autonomía.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión destacar, por un lado, que la búsqueda se ha circunscrito a instrumentos en castellano y validados para población española, lo que reduce significativamente la cantidad de resultados, y por otro las bases de datos consultadas, ya que, si bien se han utilizado las más importantes, tanto a nivel nacional como internacional, se podría haber ampliado a otras fuentes o incluso a la consulta de literatura gris y/o diferentes expertos en la materia. Otra cuestión importante a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados de esta revisión es que no se han revisado instrumentos de evaluación cualitativos, sino que únicamente se ha enfatizado en los cuestionarios como herramientas de evaluación. Sin embargo, cabe mencionar que, aunque no ha sido objetivo de este capítulo, sí entendemos que su papel es fundamental, como se expondrá más adelante, en la evaluación para aportar datos cualitativos que permitan obtener información básica y sustancial sobre las opiniones, necesidades y percepciones de los profesionales sobre las situaciones edadistas en el entorno residencial. Es por ello que a pesar de no haber realizado una revisión exhaustiva sobre instrumentos cualitativos, sí se cree necesario poner de manifiesto que las técnicas para la recogida de información cualitativa deben de considerarse como una fuente de información útil y valiosa sobre la que poder construir una imagen lo más fiel posible a la realidad que tratamos de investigar o de

intervenir. Desde un punto de vista aplicado, la información que se puede extraer de los profesionales permite una comprensión más profunda de su visión sobre el fenómeno y, por tanto, permite diseñar e implementar intervenciones adaptadas a sus necesidades.

Finalmente, y a modo de conclusión, se entiende que la formación para profesionales que tiene como objetivo la reducción de los estereotipos negativos asociados a la edad es un ejemplo de buenas prácticas para mejorar la calidad de vida de los residentes, y por tanto, las intervenciones destinadas a mejorar esta formación necesitan ser evaluadas a través de instrumentos validados y adaptados a la población española y al contexto concreto de aplicación.

Referencias

- Blanca, M., Sánchez, C. y Trianes, M. (2005). Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.
- Castellano, C. (2013). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 49(3), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.001>
- Felipe, C., López, M.D. y Muñoz, R. (2018). Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud. *Revista Prisma Social*, 21, 108-122. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521445>
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Caprara, M., Santacreu, M., Ribera, J. y Cruz-Jentoft, A. (2019). Development and validation of a paternalism and autonomist care assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 3166-3178. <https://doi.org/10.1111/jan.14154>
- Gutiérrez, M. y Mayordomo, T. (2019). Edadismo en la escuela. ¿Tienen estereotipos sobre la vejez los futuros docentes?. *Revista Educación*, 43(2), 577-587. <https://doi.org/10.15517/revedu.v43i2.32951>

- Hinojal, M. y Quevedo-Aguado, M. (2019). Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(1), 21-29. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>
- Iglesias-Gómez, R., Álvarez-Estévez, L., González-Rodríguez, C., Amaro-Vázquez, N., Rodríguez-Pastoriza, S., Sánchez-Sánchez, N. y Hernández-Gómez, M. (2022). Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP. *Revista Cuadernos de Atención Primaria*, 28(1), 1-13. <https://journal.agamfec.com/index.php/cadernos/article/view/63>
- Llamas, S. y Lana, A. (2023). Discriminación social por la edad y calidad de vida en personas mayores. *RqR Quantitative and Qualitative Community Nursing Research*, 11(1), 15-22. <https://rqr.seapaonline.org/index.php/rqr/article/view/25/9>
- López, A. (2019). *Evaluación de las actitudes hacia el adulto mayor: estudio comparativo entre Baja California (México) y Castilla y León (España)* [Tesis doctoral, Universidad Pontificia de Salamanca]. Repositorio institucional de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- López, J., Noriega, C. y Giner, M. (2020). Development and validation of ageist myths in a psychotherapy questionnaire (AMPQ): professional ageism among psychology graduate students. *Educational Gerontology*, 46(10), 642-652. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1801705>
- Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención e instrumentos de evaluación* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo]. Repositorio institucional de la Universidad de Oviedo https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33762/TD_TeresaMartinez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M. y Muñiz, J. (2020). Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *International Journey of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J. y Muñiz, J. (2016). The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *Internatio-*

- nal Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 175-185. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, V., Yanguas, J. y Muñiz, J. (2015). Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging and Mental Health*, 20(5), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>
- Menéndez, S., Cuevas-Toro, A., Pérez, J. y Lorence, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(6), 323-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.003>
- Muntsant, A., Ramírez-Boix, P., Leal-Campanario, R., Alcaín, F. y Giménez-Llort, L. (2021). The Spanish Intergenerational Study: Beliefs, Stereotypes, and Metacognition about Older People and Grandparents to Tackle Ageism. *Geriatrics*, 6(3), 87. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030087>
- Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*, 26(2), 43-47. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200002>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C.D. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71
- Palmore, E.B. (1988). *The facts on Aging Quiz*. Springer.
- Pérez-Rojo, G., López, J., Noriega, C., Martínez-Huertas, J. y Velasco, C. (2021). Validation of the professional Good care scale in nursing homes (GCS-NH). *BMC Geriatrics*, 21, 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02199-6>
- Rodríguez, A. (2020). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en una muestra de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 63-70. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1762>
- Rodríguez-Mora, A. (2023). Evaluación de los estereotipos negativos sobre la vejez en psicoterapeutas españoles. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 17-26. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2474>

- Rosell, J., Vergés, A., Torres, D., Flores, K. y Gómez, M. (2020). Adaptation and psychometric characteristics of a scale to evaluate ageist stereotypes. *Archive of Gerontology and Geriatrics*, 90, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104179>
- Sanhueza, J. (2014). Estereotipos sociales sobre la vejez en estudiantes mayores: un estudio de caso. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS)*, 3(1), 217-229. <https://doi.org/10.15366/riejs2014.3.1.012>
- Sarabia, C. y Castanedo, 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>

Formación de profesionales frente al edadismo en residencias

MARGA VIVES
LIBERTO MACÍAS
DEIMANTE JONUSAITYTE

Resumen

El edadismo es una discriminación por edad que afecta a diferentes ámbitos, uno de ellos los entornos residenciales. Para combatirlo, es necesario una formación específica para y con los profesionales de estos entornos, además de un acompañamiento de acciones políticas que respalden dichas acciones y tengan como objetivo la tolerancia cero ante el edadismo y potencien el modelo de atención centrada en la persona.

El objetivo de este capítulo es identificar contenidos, métodos y estructuras formativas de las formaciones realizadas en territorio estatal, así como su impacto en los profesionales que trabajan en entornos residenciales.

A partir de la revisión sistemática planteada se analizaron 6 estudios. La mayoría comparten modelos de enseñanza-aprendizaje similares, basados en la psicoeducación, con una temporización breve y potenciando juegos de rol basados en conductas deseadas que sirvan como modelo.

Si bien estas conclusiones nos ayudan a orientar las formaciones en entornos residenciales, queda camino por recorrer, por ejemplo, en consolidar formaciones específicas destinadas a cada una de las dimensiones del edadismo institucionalizado, centrar el aprendizaje en el cambio de actitudes, pero también en su implantación a corto, medio y largo plazo en el día a día del entorno residencial y, en tercer lugar, potenciar la práctica basada en la evidencia de dichos procesos formativos, especialmente en la dimensión de la evaluación del programa y de su impacto en todos los que conviven en el entorno residencial donde se ha realizado la formación.

1. Introducción

Entendemos edadismo como un conjunto de estereotipos (pensamientos), prejuicios (sentimientos) y discriminación (conductas) hacia las personas basándose en su edad (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2021), una discriminación que pone el foco sobre el colectivo de personas mayores, un grupo poblacional en alza paulatina en el contexto global y nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Sus dimensiones y consecuencias son múltiples, generando un impacto negativo tanto en el colectivo que lo experimenta de manera directa, como en el tejido social general: la vulneración de derechos básicos, una peor calidad de vida, el deterioro del bienestar físico y mental, la autopercepción negativa, el aislamiento y soledad no deseada, la victimización y el maltrato, son algunas de las consecuencias que repercuten en la longevidad y calidad del envejecimiento de la población (acortándose a mayor vulnerabilidad), los costes destinados a la atención sanitaria (el deterioro de la salud y aumento de la dependencia se traduce en el incremento de hospitalizaciones, necesidad de atención de larga duración, proporción de medicamentos y tratamientos específicos...), el entorno laboral y la economía empresarial (desempleo para las víctimas; pérdida de oportunidades potenciales para los empleadores, al descartar a personas que pueden contar con una gran trayectoria, conocimientos y experiencia profesionales) entre otras (Carrero, 2021). Los agentes que ponen en práctica la perpetuación sistémica del edadismo también son múltiples, distinguiendo tres grandes grupos: la sociedad (edadismo interpersonal), las propias víctimas (edadismo intrapersonal) y las instituciones, a través de las distintas tipologías del cuidado y los profesionales que las llevan a cabo. Incidiendo en las características de este último y analizando el cuidado profesional, Caballero (2000, a partir de Kayser y Jones, 1990) define cuatro dimensiones del trato edadista en el contexto de los centros residenciales de personas mayores: la despersonalización (concebir a los usuarios como un grupo homogéneo, sin características singulares, por tanto, sin necesidades de atención personalizada), la deshumanización (creer que las personas mayores no tienen opi-

nión propia, deseos y aspiraciones futuras), la victimización (conlleva trato violento que puede ser físico y/o psicológico) y la infantilización (pensar que la persona no tiene capacidades para decidir sobre su vida, tratarla de manera infantil).

En consecuencia, en este contexto específico, la identificación del trato del que son o pueden ser víctimas las personas, urge el desarrollo e implantación de estrategias efectivas que prevengan e interfieran estas prácticas, y a su vez promuevan una cultura de cambio real hacia el buen trato, garantizando el bienestar y la calidad de vida que por derecho les corresponde.

En este sentido, además del desarrollo de acciones políticas (leyes contra la discriminación, instrumentos legales, órganos de vigilancia) y el diseño de protocolos de actuación frente al trato edadista, la aproximación formativa específica y de sensibilización dirigida a los profesionales de atención directa o indirecta en el entorno de las residencias de personas mayores se concluye como un pilar fundamental hacia el clima de cambio (Tabueña *et al.*, 2016).

Con todo, partiendo de la relación que se establece entre la acción formativa y la reducción de edadismos, este capítulo tiene por objetivo la identificación de contenidos, métodos y estructuras formativas de temática edadista conducidas en territorio estatal, así como el análisis del impacto de las propuestas sobre población activa que trabaja en entornos residenciales.

2. Desarrollo de la revisión

La presente revisión incluye documentos científicos a partir del análisis de 6 bases de datos: Web of Science, EBSCO, SCOPUS, PubMed, Dialnet, y ERIC. Se concretaron cuatro ecuaciones de búsqueda (en castellano e inglés), con las palabras clave *Edadismo*, *Formación y Vejez*, *Envejecimiento*: «Edadismo AND percepción social AND formación de profesionales» – «Ageism AND social perception AND professional train*», «Curso AND programa educativo OR programas AND edadismo OR vejez» – «Course* AND education program OR train* program AND ageism OR elder», «Formación de profesionales AND Vejez OR envejecimiento OR Adulto mayor» –

«Professional train* OR formation* AND elder OR ageism OR elderly» y «Formación permanente AND edadismo OR microedadismo» – «Permanent formation OR training AND ageism OR micro ageism».

Los criterios de inclusión fueron:

- Estudios acerca de la formación de profesionales sobre el edadismo, formación de formadores.
- Comprendidos entre 2013-2023 y conducidos en territorio estatal.
- Aplicados sobre población activa, del ámbito sanitario y la atención directa y/o indirecta a personas mayores.

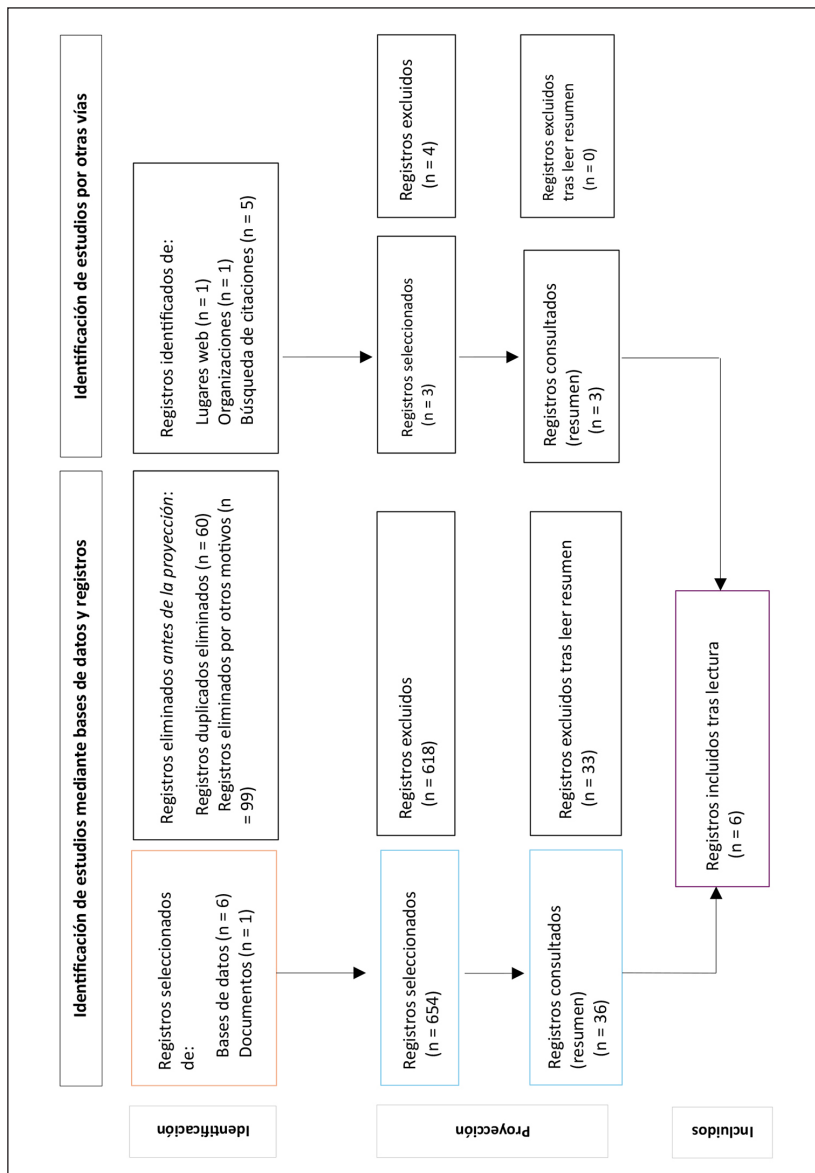
Todos los estudios que no cumplieron con los criterios anteriores fueron descartados, resultando 814 artículos en una primera proyección, y 657 una vez eliminados los duplicados. Tras la lectura de los títulos y siguiendo los requisitos de inclusión, 39 estudios fueron seleccionados para una lectura más profunda (resumen, referencias), de los cuales 6 se incluyeron finalmente en el presente estudio, al cumplir con todos los criterios establecidos. La tabla 1 incluye los documentos seleccionados de cada base de datos, incluyendo otras vías de búsqueda, como citaciones.

Tabla 1. Número de artículos localizados en cada base de datos

	Artículos localizados	Artículos descartados	Artículos seleccionados
Web of Science	145	145	0
EBSCO	137	136	1
SCOPUS	57	56	1
PubMed	124	124	0
Dialnet	170	169	1
ERIC	21	21	0
Otras vías (citaciones)	3	0	3
Total	657	651	6

A continuación, en la figura 1 aparece el gráfico de búsqueda a partir del protocolo PRISMA.

Figura 1. Búsqueda bibliográfica realizada siguiendo el diagrama de flujo PRISMA 2020



Nota. Adaptado de «The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews», por Page et al., 2021, *PRISMA* 372 (71).

La tabla 2 refiere los 6 estudios incluidos en esta revisión.

Tabla 2. Resumen de los estudios revisados

Muestra	Perfiles profesionales	Contenidos	Metodología	Evaluación	Resultados
Lorente et al. (2020) [1]	Periodismo. Psicología. Comunicación audiovisual. Terapia ocupacional. Ciencias políticas. Trabajo social.	2 módulos de 50 horas en total. 1 módulo teórico de 6 talleres sobre edadismo (no se especifican contenidos). 1 módulo práctico consistente en voluntariado y contacto intergeneracional; los participantes acompañaron a una persona mayor que vive sola.	Intervención psico-social a partir del modelo PEACE: <i>Positive Education about Aging and Contact Experiences</i> (Levy, 2016).	Cuestionario de <i>Esteroides Negativos hacia la Vejez</i> , CENVE (Blanca et al., 2005) validado sobre población española joven y adulta (Menéndez et al., 2016) aplicado post módulo teórico y post módulo práctico.	Disminución de las percepciones edadistas tras la experiencia intergeneracional; aunque en ambas fases el resultado de estereotipos negativos fue <i>muy bajo</i> , del 77,78% tras recibir el módulo teórico, el 83,33% de la muestra puntuó en este mismo nivel finalizado el módulo práctico
Martínez et al. (2023) [2]	Terapeuta ocupacional. Enfermero/a. Auxiliar. Médico. Fisioterapeuta. Edad media de 49,4 años.	1 sesión (2 grupos: experimental, de control). Formación inicial sobre: Envejecimiento. Limitaciones funcionales. Empatía y cuidado del mayor. - <i>Grupo experimental</i> . Complementary la formación con la realización de actividades rutinarias (habituales entre los usuarios) usando un traje de envejecimiento simulador gerontológico (GERT). - <i>Grupo control</i> . No usó el traje GERT.	Intervención basada en la simulación.	Dos cuestionarios (pre y postintervención): <i>Índice de Reactividad Interpersonal</i> , IRI (Escriva, 2004), sobre las habilidades empáticas. <i>Escala de Empatía Médica de Jefferson</i> (Blanco-Cano et al., 2018), sobre las conductas autopericibidas del profesional en su interacción con los pacientes.	Sin cambios significativos en la empatía general. La empatía específica profesional sanitaria se incrementó en el grupo experimental tras la simulación (habilidades globales y de empatía cognitiva)

<p>Pimazo (2013) [3]</p>	<p>(n = 40) Profesionales en activo en residencias de mayores. No se especifican edades.</p>	<p>Director/a. Psicólogo/a. Fisioterapeuta. Trabajador/a social. Supervisor/a. Coordinador/a de enfermería. · Técnico en animación sociocultural · Coordinador/a de Auxiliares de enfermería · Enfermero/a</p>	<p>3 fases, 4 sesiones de 4 horas cada una. Fase 1. Sensibilización sobre maltrato e infantilización: - Definición del maltrato a personas mayores - Prejuicios - Autoevaluación de prejuicios hacia la vejez y el envejecimiento. - Factores asociados al edadismo. - Interaccionismo simbólico. - Trato y habla infantilizantes. Fase 2. Formación de formadores: - Sesión 1. Repaso de sesión anterior, análisis de casos, <i>role playing</i>. - Sesión 2. Participantes con titulación en psicología, trabajo social y coordinación/ supervisión recibieron material y metodología para impartir sesiones formativas en sus residencias. Fase 3. Formadores imparten la formación recibida a los auxiliares de sus centros residenciales.</p>	<p>Intervención conductual: estudio de casos, juego de rol.</p>	<p>Pregunta <i>ad hoc</i> en la Fase 1, sobre posibles situaciones de trato infantilizante de las cuales hayan sido testigos los participantes. No hay evidencias de evaluación postintervención, no se evaluó el impacto de la formación.</p>	<p>No se especifica (proyecto en desarrollo en el momento de publicación del estudio)</p>
-------------------------------------	--	--	--	---	--	---

	Muestra	Perfiles profesionales	Contenidos	Metodología	Evaluación	Resultados
Noriega et al. (2023) [4]	(n = 154) Profesionales de atención directa en residencias de mayores. Edad media de 41.37 años.	Auxiliar de enfermería. Personal técnico. Otros.	4 sesiones (1.5 horas por sesión) durante 2 semanas. 2 grupos (experimental, de control). Sesión 1. Respeta mis Valores, Derechos y Privacidad. Sobre la humanización: derechos, privacidad, autonomía y dignidad de las personas mayores. Sesión 2. Mirame. ¡Soy Única/o! Sobre la atención individualizada. Sesión 3. Soy adulto. Percíbeme como un Igual. Sobre la autonomía y dignidad personal, contra el paternalismo y la percepción edadista. Sesión 4. Soy adulto. Percíbeme como un Igual. Sobre la infantilización.	Intervención psicoeducacional: aprendizaje modelo, estudio de casos.	2 cuestionarios (pre y postintervención): Professional Good Care Scale in Nursing Homes, GCS-NH (Pérez-Rojo et al., 2021). Cuestionario CENVE (Blanca et al., 2005).	El grupo experimental mostró mejoría en la dimensión de infantilización; sin cambios cuanto a la humanización (no fue el principal objetivo del estudio, por consiguiente, de la formación). Respecto a la percepción de estereotipos negativos, el grupo mostró disminuciones en todas las dimensiones (salud, motivación y personalidad) y en el total tras la intervención

<p>Sánchez et al. (2019) [5]</p>	<p>(n = 120) Profesionales socio-sanitarios de centros de día y residencias de personas ma- yores.</p>	<p>Psicólogo/a. Médico. Enfermero/a. Auxiliar de enfer- mería. Psicoterapeuta. Trabajador/a social. Otros profesionales de la salud. Profesión no espe- cificada.</p>	<p>3 sesiones (1 hora por sesión) durante 3 semanas. 2 grupos (experimental, de control). <i>Módulo 1. Identificando com- portamientos paternalistas.</i> Sobre estereotipos, teoría in- teraccional persona-ambien- te, <i>Stereotype Content Model.</i> <i>Módulo 2. Identificando com- portamientos paternalistas.</i> Sobre estereotipos y sus con- secuencias en las personas mayores, juego de rol (con- ductas paternalistas) y con- ductas autonomistas. - Autorregistro de conductas paternalistas en el trabajo durante 1 semana. <i>Módulo 3. Identificando y moldeando las conductas au- tonomistas.</i> Juego de rol, re- cursos prácticos para aplicar conductas autonomistas. - Autorregistro de conductas paternalistas de autocontrol durante 1 semana.</p>	<p>Intervención conduc- tual: aprendizaje mo- delo, juego de rol, re- fuerzo de conductas autonomistas,</p>	<p>2 cuestionarios (pre y postintervención) y auto- registro <i>Paternalistic/Autonomis- tic Care Assessment, PACA</i> (Fernández-Ballesteros, 2019) para la evaluación individual Assessment System for Older Adult Nursing Ho- mes, SERA-RS (Fernández-Ballesteros, 1995), adaptado de Mul- tiphasic Environmental Assessment Procedure, MEAP (Moos et al., 1996), para la evaluación con- textual, Autorregistro de conduc- tas paternalistas,</p>	<p>La formación conductual mostró disminución de las valoraciones paternalis- tas. Sin diferencias rele- vantes cuanto a las valo- raciones autonomistas</p>
----------------------------------	--	---	--	---	---	--

Muestra	Perfiles profesionales	Contenidos	Metodología	Evaluación	Resultados
Tabueña <i>et al.</i> (2016) [6]	Profesionales del ámbito sanitario en contacto directo o indirecto con personas mayores,	Programa de prevención de los malos tratos a personas mayores, con materiales y recursos formativos de acceso abierto. Dividido en 4 talleres que abarcan diferentes dimensiones. Cada taller incorpora presentación, objetivos, contenidos didácticos y actividades prácticas. Taller 1. Mitos, estereotipos y edadismo. Taller 2. Derechos de las personas mayores. Taller 3. Prevención de los malos tratos. Taller 4. Las relaciones familiares y las personas mayores.	Modelo psicoeducativo: aprendizaje modelo, juego de rol, intercambios de experiencias, estudio de casos...	No se aplica, se trata de una guía base de propuesta formativa, bajo adaptación según cada contexto.	No se especifica

Todos los estudios incluidos en esta revisión proponen formaciones teórico-prácticas, basadas en intervención psicosocial [1], simulación [2] y el modelo psicoeducacional [3, 4, 5, 6]. Excepto la propuesta de Lorente *et al.* [1], aplicada sobre población universitaria, y la guía formativa de Tabueña *et al.* [6], donde los autores no incluyen una intervención específica que mida los resultados de una muestra, el formato de las propuestas se basa en intervenciones de carácter breve, de 1 a 4 sesiones/talleres (a propósito de respetar el clima organizativo característico de un centro residencial operativo), donde priman las estructuras teóricas a modo de apertura de los distintos módulos formativos [2, 3, 4, 5, 6] en combinación con los juegos de rol, el estudio de casos y el debate grupal a modo práctico [3, 4, 5, 6].

Respecto a los contenidos formativos, 5 estudios incluyen un módulo específico acerca de los estereotipos negativos y las percepciones edadistas [1, 2, 4, 5, 6].

Recuperando las tipologías del trato edadista institucional en los centros residenciales de personas mayores definidas por Kayser-Jones (en Caballero, 2000), la estructura formativa del estudio de Pinazo [3] hace especial incidencia en la dimensión de *infantilización*, poniendo el foco en el trato y habla infantilizados como formas de maltrato; se considera una particularidad de su propuesta la *formación de formadores*, centrada en formar, a lo largo de 2 sesiones, a los participantes con determinados perfiles profesionales (psicología, trabajo social, coordinación) para que impartan los mismos talleres en sus respectivas residencias de trabajo. Asimismo, la intervención de Sánchez *et al.* [5] también se centra en esta dimensión, en su caso, desde la perspectiva de la identificación y modificación de las conductas paternalistas, hacia la promoción del trato autonomista.

El estudio de Noriega *et al.* [4] destaca por la aproximación holística a las dimensiones del maltrato institucional mediante 4 módulos de temática específica, en concordancia con los principios de la Atención Centrada en la Persona (ACP): módulo 1 sobre la *deshumanización*, módulo 2 sobre la *despersonalización*, módulos 3 y 4 sobre la *infantilización*.

Por otra parte, a pesar de que la muestra del estudio de Lorente *et al.* [1] se enfoca sobre población universitaria, se considera su inclusión en la presente revisión dada su aproximación desde el contacto intergeneracional como medida de reducción de las percepciones edadistas. Del mismo modo, la intervención basada en la simulación propuesta en el estudio de Martínez *et al.* [2] estudia otra alternativa para trabajar la empatía del profesional, y aunque en su módulo teórico no se concreta el trabajo específico sobre edadismo, sino sobre el envejecimiento y la empatía del cuidador, se consideran estas como dimensiones intrínsecamente ligadas a la reducción de las percepciones edadistas, y a su vez, a la prevención del maltrato institucional en los centros residenciales.

El trabajo de Tabueña *et al.* [6], a diferencia del resto de estudios analizados, no incluye una intervención aplicada sobre muestra: los autores proponen un programa de prevención específico de los malos tratos, estructurado basándose en la ACP y las dimensiones definidas por Caballero (2000), con indicaciones concretas sobre la conducción de cada taller, las actividades prácticas relacionadas y los contenidos teóricos involucrados; todo ello bajo adaptación de los formadores, con base en las necesidades contextuales de aplicación. Se trata de una guía completa donde el edadismo se establece como punto de partida (taller 1) a través del análisis de los mitos, estereotipos negativos asociados y posibles estrategias de prevención e intervención.

Finalmente, de los 6 estudios analizados, Tabueña *et al.* [6] no incluyeron la evaluación del impacto de la formación, dado el carácter teórico del estudio; por otra parte, Pinazo [3] trató de medir las situaciones de infantilización mediante una pregunta *ad hoc*, aunque no se proyectan resultados porque la fase evaluativa no se concluyó en el momento de publicación del estudio.

Martínez *et al.* [2] emplearon la versión española de dos instrumentos para medir, por una parte, las habilidades empáticas generales (IRI), y las conductas autopercibidas del profesional sanitario (JSE-HP) por la otra. Aunque no se proyectaron cambios significativos en cuanto a la empatía general, la mejora de la empatía específica profesional insinuó el potencial de la inter-

vención basada en la simulación para la mejora de las habilidades del cuidado.

Lorente *et al.* [1] aplicaron la versión del instrumento CENVE (Blanca *et al.*, 2005) validado sobre población joven y adulta (Menéndez *et al.*, 2016) para evaluar el impacto de la formación, proyectando, a pesar del bajo nivel muestral, una significativa reducción de estereotipos negativos en la dimensión *motivación-social*, mostrando así la efectividad de la educación experiencial basada en el contacto intergeneracional. El mismo instrumento aplicaron Noriega *et al.*, [4], en este caso la versión original, que proyectó la disminución de los estereotipos negativos en todas las dimensiones y en la puntuación total en fase post. También administraron el cuestionario GCS-NH (Pérez-Rojo *et al.*, 2021), sobre las buenas prácticas de los profesionales que trabajan en centros residenciales de personas mayores. El objetivo principal del estudio fue mejorar la dimensión de *infantilización*, lo cual consiguieron, sin mostrar cambios en la de *humanización*, proyectando así dos conclusiones: cómo mediante una formación breve sobre infantilización se pueden mejorar las percepciones y modificar el trato infantilizante, por un lado, y la necesidad de trabajar cada tipo de maltrato institucional de manera concreta por el otro.

Para acabar, las dos escalas administradas en el estudio de Sánchez *et al.* [5] mostraron una reducción significativa de las actitudes paternalistas en la evaluación individual (instrumento PACA), y una mejora en el funcionamiento positivo tanto de los profesionales como de los usuarios en el contexto residencial (MEAP/SERA-RS). Los resultados evidenciaron la efectividad de un entrenamiento conductual para reducir las actitudes paternalistas, en promoción del cuidado autonomista (entendido como aquel que garantiza a los usuarios su derecho de decisión y la identificación/promoción de sus capacidades de autogobierno), aunque se destacó la dificultad de cambio en las conductas paternalistas, reflejando la posible necesidad del desarrollo de una formación más sólida que impacte en la conducta, además de en la actitud de los profesionales.

3. A modo de resumen

El objetivo de esta revisión ha sido analizar, mediante la literatura científica, las intervenciones formativas acerca del edadismo conducidas en territorio estatal y aplicadas sobre población activa en el entorno de las residencias de personas mayores, identificando las metodologías, contenidos, temporización propuestos, así como los instrumentos utilizados para evaluar el impacto formativo.

La mayoría de los estudios siguen la psicoeducación como método, con una temporización breve y la combinación teórico-práctica en cada módulo/taller, destacando el estudio de casos y el juego de rol para reforzar la teoría y acercar a los participantes a posibles conductas deseadas que sirvan de modelo.

En cuanto a los contenidos, a partir de las 4 dimensiones del trato edadista institucionalizado y siguiendo los principios de la Atención Centrada en la Persona, 2 estudios basan la intervención en las dimensiones de *infantilización* y *deshumanización* [3, 5] siguiendo distintos recorridos. En el primero [3] se incide en el maltrato y prejuicios hacia la vejez dando especial peso al trato y lenguaje infantilizantes, entendidos como aquellos que se caracterizan por el uso del tono exagerado, elevado, diminutivos y posesivos inapropiados (Celdrán, 2023) que fuerzan una posición jerarquizante entre el profesional y la persona mayor. El segundo estudio [5] se refiere al trato paternalista (2 de 3 módulos) y la modelación hacia el autonomista (tercer módulo) mediante el análisis de las conductas paternalistas (autorregistro) y el refuerzo de las opuestas con el juego de rol, así como, facilitando estrategias prácticas. Otros dos estudios [4, 6] abarcan todas las dimensiones anteriormente referidas, aunque el último [6] no incluye evaluación de resultados que garantice la efectividad de la propuesta (aunque sí resulta importante destacar que se trata del único estudio que, más allá de enunciar la temática de cada bloque formativo, incluye una exposición profundizada sobre los diferentes temas tratados, facilitando un recurso potencial y de acceso libre para estructurar un diseño formativo propio). Finalmente, dos estudios [1, 2] se incluyen en la revisión

basándose en su planteamiento alternativo para combatir el edadismo, aunque el primero [1] se basa en el contacto intergeneracional de estudiantes universitarios (no se analiza el impacto sobre población activa de entornos residenciales), y el segundo [2] en la simulación mediante un traje de envejecimiento que, según el contexto en el cual se desee implementar la formación, puede resultar de difícil acceso.

Por otra parte, las conclusiones más relevantes con base en la evaluación de las intervenciones identificadas, se pueden resumir en, por un lado, la necesidad de conducir una formación específica destinada exclusivamente a cada dimensión del edadismo institucionalizado [4] y, por otro lado, las formaciones conductuales [5] o psicoeducacionales [4] de carácter breve muestran una mejoría de las percepciones y actitudes edadistas, lo cual puede impactar positivamente en el trato que los profesionales destinan a los usuarios, aun así, su diseño se debe estructurar de forma que modifique no solo las actitudes, sino también las conductas indeseadas, hacia entornos residenciales libres de discriminación por cuestión de edad.

En definitiva, a pesar de las limitaciones de la presente revisión (localización de intervenciones educativas implementadas exclusivamente en España; revisión finalizada en 2023; tamaño muestral de los estudios reducido; algunos estudios que no tratan el edadismo de forma directa y otros con evaluaciones no concluidas o, directamente sin evaluación), se han localizado dos formaciones específicas completas sobre edadismo que evalúan su impacto mediante instrumentos de medida traducidos, validados y con buenas propiedades psicométricas en España [4, 5], lo cual proyecta que la educación sobre este tipo de discriminación resulta todavía escasa en el contexto estatal, y aunque existen modelos que demuestran resultados positivos, se necesita más investigación y desarrollo de intervenciones que arrojen resultados sólidos y amplifiquen los conocimientos sobre este campo de estudio.

4. Como conclusión para unas buenas prácticas en formación

Como se ha señalado anteriormente es importante destacar en la formación sobre edadismo que los profesionales, que desarrollan su tarea en centros residenciales para personas mayores, han de promover un entorno respetuoso e inclusivo, es decir intentar que sea un espacio seguro, o lo más seguro posible. Algunas estrategias que se pueden implementar en el proceso de formación de los profesionales serían las siguientes:

Comenzar la formación con una definición clara de lo que es y qué se entiende por edadismo. En esta definición se tiene que incluir sus diversas manifestaciones y consecuencias en la vida de las personas mayores. Una buena manera de hacerlo es utilizar ejemplos y casos prácticos para ilustrar cómo se presenta este fenómeno en el día a día, de esta forma se conseguirá sensibilizar al profesional que atiende diariamente a la persona mayor de lo importante del trato, del buen trato y de un cuidado adecuado.

Es fundamental incorporar a la formación aquellos contenidos que hagan referencia a la diversidad en la población mayor y entender esta diversidad como parte importante en el trabajo diario que se ha de realizar con las personas mayores, en este caso institucionalizadas. Se deben tener en cuenta e incluir aspectos relacionados con el género, la cultura, la posible enfermedad o discapacidad que se pueda tener, la sexualidad u orientación sexual del y la residente, etc., para poder entender cómo estos componentes pueden influir, o afectar, en la atención a la persona mayor. En el marco de la atención centrada en la persona esto ya se lleva a cabo, pero no debemos olvidar que cada persona es única, con sus características personales propias y, por lo tanto, no se puede homogeneizar el trato.

Es muy importante disponer de momentos y espacios para poder reflexionar sobre la propia práctica profesional y sobre las propias creencias, prejuicios, estereotipos y estigmas asociados a la vejez y al envejecimiento. Posibilitar espacios para el debate, para poner en común cómo nuestras creencias pueden influir en el trato y en la atención a las personas mayores es esencial. A la

vez estos momentos y espacios pueden convertirse en una estrategia que ayude a la cohesión del equipo de profesionales o de las diferentes plantillas de las que dispone el centro residencial.

Las prácticas basadas en la evidencia deben proporcionar a los profesionales aquellos recursos necesarios que les ayudarán y les servirán de ejemplo de buenas prácticas, y de manera de hacer, basados en la investigación. Estas buenas prácticas deben promover un envejecimiento activo, en positivo, contrarrestando de esta manera el edadismo y cualquier otro tipo de discriminación.

Apostar por una formación continua del personal donde se incorpore contenido sobre el proceso de envejecimiento (situación sociodemográfica, envejecimiento actual...), el edadismo (qué es, cómo identificarlo...), y en el que se traten aspectos relacionados con las habilidades comunicativas (comunicación efectiva, escucha activa), el respeto, el buen trato, entre otros contenidos que ayuden a que los profesionales se mantengan actualizados sobre aquellas buenas prácticas y sobre los cambios en la percepción social de la vejez y del envejecimiento.

No hay que olvidarse de implementar mecanismos de evaluación que permitan medir el impacto de la formación recibida y realizar aquellos ajustes que sean necesarios para mejorar continuamente las prácticas profesionales en el centro residencial.

Estas son algunas de las estrategias que pueden ayudar a que el edadismo se conozca, se reflexione, se debata, se detecte y se modifique esa creencia, ese sentimiento y ese comportamiento que hace que el edadismo se reproduzca con naturalidad. No se debe quitar el foco en la idea de que la formación de los profesionales es el primer paso para conseguir que las personas mayores institucionalizadas tengan una atención y un cuidado adecuado.

Referencias

Blanca, M., Sánchez, C. y Trianes, M. (2005). Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*,

- 15(4), 212-220. https://www.researchgate.net/publication/28125856_Cuestionario_de_evaluacion_de_estereotipos_negativos_hacia_la_vejez
- Caballero, J. (2000). Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 10 (3), 177-188. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834589>
- Carrero, M. (1 de octubre de 2021). El edadismo es “más que un problema de salud pública”: afecta al “acceso a la vivienda, al empleo y en la economía”. *20minutos*. <https://www.20minutos.es/noticia/4828808/0/edadismo-problema-salud-publica-afecta-acceso-vivienda-empleo-economia/>
- Celdrán, M. (2023). Citación. En el *Glosario sobre edadismo**. (1ª ed., p. 9). Fundación La Caixa. <https://fundacionlacaixa.org/es/personas-mayores-recursos-digitales-glosario-edadismo>
- Instituto Nacional de Estadística (2023). *Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia* [Conjunto de datos]. INE. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>
- Lorente, R., Brotons, P. y Sitges, E. (2020). Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional?. *Cuaderno de Pedagogía Universitaria*, 17 (33), 6-16. <https://doi.org/10.29197/cpu.v17i33>
- Martínez, R. M., Martínez, F., Pérez de Heredia, M., Serrada, S., Montes, R. y Walter, S. (2023). La simulación del envejecimiento como método para la promoción de la actitud empática en profesionales socio-sanitarios. *Revista + Calidad*, 1 (28), 28-34. <https://shorturl.at/bgjnA>
- Menéndez, S., Cuevas-Toro, A., Pérez, J. y Lorence, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(6), 323-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.003>
- Noriega, C., Pérez-Rojo, G., Velasco, C., Carretero, I., López-Frutos, P., Galarraga, L. y López, J. (2023). Prevention of Older Adult Infantilization by Nursing Home Professionals: An Intervention Program. *Journal of Applied Gerontology*, 42 (7), 10.1177/07334648231159981
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C.D. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated

- guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Pérez-Rojo, G., López, J., Noriega, C., Martínez-Huertas, J. y Velasco, C. (2021). Validation of the profesional Good care scale in nursing homes (GCS-NH). *BMC Geriatrics*, 21, 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02199-6>
- Pinazo, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía: Revista de ciencias sociales*, 1 (41), 252-282. <https://www.fpablovi.org/sociedad-y-utopia/41/41.pdf>
- Sánchez-Izquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R. y Fernández-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: a preliminary study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1515-1525. <http://doi.org/10.2147/CIA.S213644>
- Tabueña, M., Muñoz, J. y Fabà, J. (2016). *Violencia: tolerancia cero: La sensibilización y la prevención de los malos tratos a las personas mayores. Una mirada sobre los abusos y los malos tratos que afectan a las personas mayores*. Fundación La Caixa. <https://shorturl.at/bjnot>

Prevención e intervención del edadismo en residencias para mayores a través de una experiencia aplicada en Baleares

CARMEN ORTE
MARÍA VALERO
MARGA VIVES
LIBERTO MACÍAS

Resumen

En este capítulo se aportan los resultados del diseño, el proceso y los resultados de la investigación participativa para la prevención y tratamiento del edadismo. Se llevó a cabo una investigación y acción participativa a través de la formación con los profesionales que trabajan en residencias para mayores. El modelo de referencia utilizado es el de Atención Centrada en la Persona (ACP). Además de los contenidos propios del modelo, la formación de profesionales incluyó aspectos relacionados. Así, la formación incluyó la soledad no deseada y el maltrato desde una perspectiva global. Las conclusiones obtenidas a partir de los resultados obtenidos con metodología cuantitativa y cualitativa aportan información de valor en lo que se refiere a la detección e intervención sobre el edadismo en residencias para mayores. En este proceso, el propio profesional debe tener un papel destacado, tanto en su contribución en el diseño de protocolos de detección, como en la tutoría y el apoyo de nuevos profesionales y la participación en la generación de soluciones a comportamientos edadistas.

1. Introducción

El objetivo general del proyecto es diseñar una propuesta formativa para trabajar el edadismo desde el modelo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP), dirigido a profesionales que trabajan en las residencias de personas mayores en Mallorca,

desde una perspectiva integral de la organización. Es decir, la formación está dirigida no solo hacia el personal que trabaja en la atención directa a los usuarios como pueden ser médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc., sino también sobre aquel personal que tiene un trato indirecto o que impacta sobre el funcionamiento de las residencias como es el equipo directivo, personal de cocina, mantenimiento, etc. Se trata de ofrecer una formación de calidad basada en los principios del modelo ACP resaltando los dominios de atención holística e integral de la persona, de respeto de los valores personales, de la capacidad de decidir, la autodeterminación y a tener una vida con propósito (Kogan *et al.*, 2016). Desde esta perspectiva, los cuidados se entienden y configuran en torno al respeto a la individualidad y basados en sus preferencias e intereses, siendo establecidos en la medida de lo posible con la participación activa de las personas usuarias de la residencia, desde un abordaje interdisciplinar y de coordinación entre todos los miembros de la institución que procuran cuidados (Brummel-Smith *et al.*, 2016; Lee *et al.*, 2022).

2. Proceso de coordinación e implementación del proyecto

El proyecto al que vamos a hacer referencia en este capítulo, titulado, en el original, «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca», forma parte de los resultados del convenio de colaboración entre el Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) y la Fundació Universitat – Empresa de les Illes Balears para desarrollar programas y actividades de formación, investigación y transferencia del conocimiento sobre bienestar social en el ámbito de las políticas de las personas mayores de Mallorca. También cabe mencionar que este proyecto se enmarca en la línea de publicación y difusión de la investigación del *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*, que dirigen y coordinan los miembros del equipo de investigación desde hace 18 ediciones, así como la participación activa del equipo en las diferentes comi-

siones de trabajo del *Observatori de les Persones Majors de Mallorca*.

El proyecto piloto comenzó en el mes de septiembre de 2023 y finalizó en el mes de marzo de 2024. El proceso de implementación de la experiencia piloto se ha desarrollado en seis fases diferenciadas (véase figura 1). En la **primera fase** se realizó el contacto con las instituciones involucradas y se presentó la propuesta, enfatizando en su dimensión social, vinculando el bienestar de las personas mayores con los niveles de edadismo en la sociedad y, particularmente, con la calidad de la atención profesional en entornos residenciales. La iniciativa fue presentada en la comisión Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) del Observatorio de las Personas Mayores de Mallorca y fue respaldada por la mayoría de los agentes involucrados en dicha comisión. En este sentido, también se puso de manifiesto el compromiso del IMAS por desarrollar programas y actividades de formación, investigación y transferencia a partir de la promoción de seminarios, coloquios, simposios o cualquier actividad formativa que se considere necesaria y adecuada para mejorar las políticas de bienestar social relacionadas con las personas mayores. A partir de tal disposición se realizó la presentación oficial de la propuesta por parte de los miembros del equipo investigador.

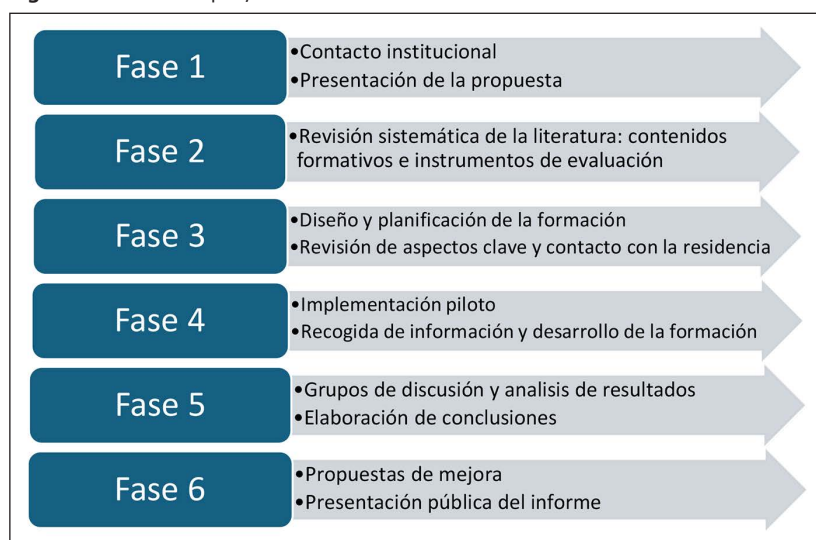
Una vez aprobada la propuesta se llevó a cabo la **fase 2** de revisión sistemática de la literatura. Los principales resultados de esta fase se encuentran en el capítulo 2 sobre instrumentos de evaluación del edadismo y de la calidad asistencial, y en el capítulo 3 sobre contenidos formativos para intervenir sobre el edadismo. Esta fase es el eje fundamental para iniciar la siguiente **fase 3** de diseño y planificación de la propuesta formativa. En esta fase se proporcionó una estructura y una temporalidad a la formación y se desarrollaron los materiales, teniendo en cuenta diversos aspectos relacionados con el contexto de aplicación y el perfil de los profesionales. La institución del IMAS seleccionó a la residencia Huialfàs situada en el municipio de Sa Pobla, en Mallorca, por sus características y dimensiones que la hacen una residencia pequeña y familiar. La información proporcionada por la propia residencia fue utilizada para estudiar los perfiles de

profesionales específicos que trabajaban en esta residencia, también el perfil de los usuarios, su nivel de dependencia y nivel de actividad diaria, los diferentes grupos de edad, así como su estructura organizativa y su programación de actividades. De hecho, al final de esta fase, el equipo investigador realizó la revisión de la propuesta teniendo en cuenta esta información sobre la configuración y funcionamiento de la residencia proporcionada durante los primeros contactos y que sería indispensable para implementar la experiencia piloto relativa a la formación de los profesionales desde un modelo participativo.

La **fase 4** consistió en la implementación de la propuesta piloto. Una vez que se estableció la comunicación y la coordinación entre el IMAS, el equipo de investigación y la dirección de la residencia, el proceso de implementación se inició con la difusión de la actividad mediante carteles, anunciando la formación dentro de la propia residencia. Cabe señalar que como paso previo a la implementación en sí misma, se realizó un gran esfuerzo para organizar y configurar los horarios de la formación; se trató de ajustar las sesiones a la jornada laboral de los profesionales, ya que la formación se realizó en las instalaciones propias de la residencia, y procurando que asistiera el conjunto de la plantilla, independientemente de cuál fuera su puesto o función. Los carteles informativos de la formación se pusieron en los espacios comunes, a la vista del personal, y contenían información sobre el horario de las sesiones, y dos QR, uno que daba acceso al material de estudio previo y otro con acceso al cuestionario pretest, previo a la formación. En esta fase también se entregaron los cuestionarios de observación elaborados *ad hoc*, para la observación guiada de los profesionales en su medio de trabajo, en relación con las personas mayores atendidas en la residencia. Dos semanas más tarde se llevó a cabo la formación presencial. Al finalizar la sesión se administró el cuestionario posttest, y una semana más tarde entregaron los registros de observación. Los resultados obtenidos durante el proceso de observación fueron compartidos en los grupos de discusión llevados a cabo con los profesionales. Por tanto, esta fase se constituye como la fase principal de recogida de información para su posterior análisis.

En la **fase 5** se procesaron los resultados obtenidos, se analizaron de forma cuantitativa o cualitativa, según se correspondiera, y estos resultados posteriormente fueron interpretados a la luz del proceso y se enunciaron las principales conclusiones del proyecto piloto. Estas conclusiones sirvieron para enunciar, en la **fase 6**, las propuestas de mejora de la propuesta formativa y finalmente presentar al público interesado los resultados del proceso a partir de la elaboración del informe final.

Figura 1. Fases del proyecto formativo



Fuente. Elaboración propia.

3. Descripción de la propuesta formativa

A partir de la revisión de la literatura realizada y presentada en los capítulos anteriores sobre los contenidos formativos y las herramientas de evaluación, se propone el diseño de una propuesta formativa para la formación sobre edadismo en los entornos residenciales. La formación desarrollada, siguiendo el proceso de coordinación y de implementación que se han señalado anteriormente, se aplicó en su formato de experiencia piloto durante el mes de noviembre de 2023, y posteriormente se volvió a aplicar

durante el mes de marzo de 2024, incluyendo las mejoras y modificaciones derivadas de la prueba piloto. La formación combina el formato presencial y no presencial, y se compone de cuatro horas y media de trabajo presencial distribuido en dos sesiones (sesión 1: formación (2 horas 30 minutos); sesión 2: grupos de discusión (2 horas) y dos horas de trabajo no presencial a realizar antes (lecturas y visionado de vídeo) y después de las sesiones formativas presenciales (observación de actitudes edadistas).

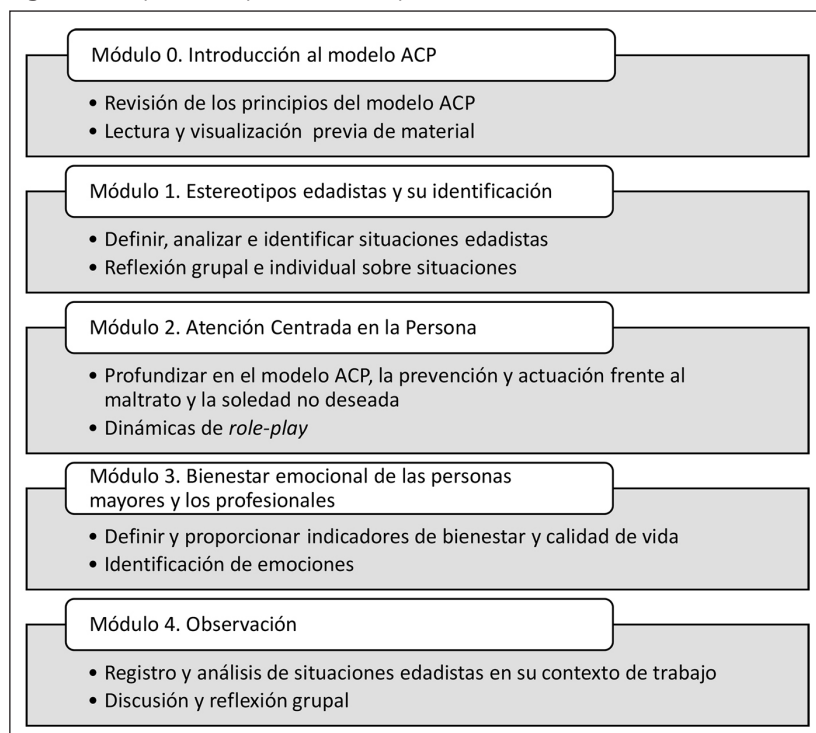
El plan formativo inicial diseñado para la experiencia piloto se divide en cinco módulos, tres de ellos presentan el contenido formativo y los otros dos constituyen las estrategias de trabajo que tienen lugar antes y después de la aplicación de los contenidos en formato presencial (véase figura 2). El módulo 0 o módulo introductorio es parte del plan formativo y hace referencia al trabajo previo que los profesionales que participarán en la formación presencial deben realizar antes de las sesiones presenciales. El objetivo es conocer y repasar los principios básicos del modelo ACP. Los contenidos concretos que se trabajan son introducción, definición y fundamentos de la ACP, principales aportaciones al modelo centrado en el servicio, principios, derechos y criterios y enfoque gerontológico. Estos contenidos se trabajan a partir de la lectura de un material que se les proporciona a los profesionales y un enlace a la plataforma YouTube para visualizar el documental *Me llamo Carmen* realizado por Alberto Gauna (2016). Estas actividades están pensadas para realizarse aproximadamente una semana antes de comenzar la primera sesión.

El **módulo 1**, titulado «Estereotipos edadistas y su identificación», se trata del primer módulo de la formación presencial. El objetivo principal en este módulo es definir las actitudes edadistas, analizar las posibles situaciones de discriminación y edadismo, y saber cómo actuar para evitarlas en el caso de que se produzcan. De forma específica se abordan algunos conceptos previos sobre edadismo, como los prejuicios o los estereotipos, los tipos de edadismo, los estereotipos versus la realidad, y acciones concretas contra el edadismo. El módulo se desarrolla en torno a tres actividades, la reflexión grupal en base al documental de *Me*

llamo *Carmen*, exposición de contenidos por parte de los formadores y registro por escrito de situaciones edadistas a nivel individual que sean capaces de identificar.

El **módulo 2** está orientado íntegramente al modelo de ACP con el objetivo de profundizar en la filosofía que fundamenta el marco de acción para intervenir y prevenir, por ejemplo, ante situaciones de maltrato, concretamente se exponen contenidos relacionados con el maltrato institucional. También se proporciona un espacio para relacionar el modelo ACP con el edadismo y la soledad no deseada, sobre la cual se señalan las diferencias más significativas y cómo el edadismo contribuye al mantenimiento o empeoramiento de esa soledad no deseada y cómo ello repercute en la pérdida de calidad de vida y de cuidados. Como contenidos específicos se aborda desde la prevención uni-

Figura 2. Esquema del plan formativo por módulos



Fuente. Elaboración propia.

versal y selectiva, las situaciones de maltrato hacia las personas mayores y las estrategias de intervención. Sobre la soledad, se enfatiza en las dimensiones, los factores de riesgo y protección, las consecuencias y las estrategias de actuación. Finalmente, se proporciona información sobre la prevención indicada, a partir del modelo ACP y de recursos como el *Dementia Care Mapping* de Brooker y Surr (2005), un instrumento de observación y valoración de la calidad asistencial. Estos contenidos se trabajan a través de dinámicas *role-play*, en las cuales los profesionales deben de representar diferentes situaciones que perjudican a las personas usuarias (detractores) y otras situaciones que facilitan su bienestar y calidad de vida en las instituciones (potenciadores), tratándose de poner en el lugar tanto del profesional como del usuario que vive cada una de esas situaciones.

El **módulo 3** está enfocado a definir e identificar el bienestar emocional de las personas mayores, de los profesionales y la relación que tiene con la calidad de vida en el ámbito asistencial, pero también sobre su propia satisfacción personal como profesional. Por ejemplo, se proporciona información sobre cómo identificar el síndrome *burnout* y algunas estrategias o dinámicas para prevenirlo. En relación con el bienestar emocional de las personas residentes, se incluyen contenidos sobre los factores que favorecen el envejecimiento activo y que mejoran la calidad de vida; mientras que sobre el bienestar emocional de la persona cuidadora se enfatiza en identificar el *burnout*, qué consecuencias tiene para uno mismo y para el trabajo que desempeña, así como sobre el entorno de trabajo, y se proporcionan algunas estrategias de afrontamiento. Este módulo se trabaja a partir de la identificación de emociones y sentimientos sobre las situaciones elaboradas anteriormente y la rueda de los sentimientos de Plutchik (1980).

Finalmente, el **módulo 4** pertenece a la parte de la formación no presencial e implica un período de observación sistemática a partir de una herramienta de registro de información sobre situaciones edadistas percibidas. El período de observación tiene una duración de una semana, en la cual los profesionales, una vez han recibido la formación presencial, realizan un trabajo de

identificación de situaciones edadistas en su entorno de trabajo habitual. Durante la última parte de la formación presencial se presenta la finalidad del período de observación, el instrumento que van a utilizar, así como su funcionamiento para la recogida de información. Cabe señalar, que la herramienta de recogida de información es anónima y que es recogida por el equipo de investigación al finalizar la semana. Una vez que se han recogido los registros y se han analizado, se realiza una sesión de devolución de los resultados obtenidos, enfatizando en las conductas y las situaciones observadas. Sobre estos resultados se realiza un grupo de discusión en el cual se abordan las conductas disruptivas más frecuentes, los espacios en los cuales es necesario trabajar estas conductas, aspectos de mejora, reflexiones sobre las situaciones observadas y sobre el propio proceso de formación recibido, etc.

Para llevar a cabo la formación se crearon diversos materiales que fueron utilizados en los diferentes momentos de la implementación. Para las sesiones presenciales y como material de apoyo se utilizaron diapositivas que resumían los aspectos más relevantes tratados y que se complementaron con un manual donde se profundizaba sobre los contenidos vistos en las sesiones. Asimismo, todos los profesionales contaban con un cuadernillo para realizar las diferentes actividades propuestas durante la sesión. Los materiales para la evaluación fueron la hoja de observación y registro, los cuestionarios de evaluación y de satisfacción con la formación. También se utilizaron otros materiales de apoyo como carteles informativos o material audiovisual.

La evaluación de la experiencia piloto contó con instrumentos de evaluación de resultados sobre las variables de interés que proporcionaron tanto información cuantitativa como cualitativa. La evaluación de resultados de tipo cuantitativo se realizó a partir de la administración de un cuestionario tipo test, tanto al inicio como al final de la formación. Tenía como objetivo principal recoger evidencias sobre la eficacia en la consecución de los objetivos propuestos en la formación. Este cuestionario estaba formado por dos instrumentos principales; el *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez*, CENVE de Blanca *et al.* (2005),

y el *Professional Good Care Scale in Nursing Homes* de Pérez-Rojo *et al.* (2021). Ambos son cuestionarios que están validados y adaptados para población española, junto a una serie de datos sociodemográficos. La duración del cuestionario es de aproximadamente entre 15 y 20 minutos. Al finalizar la experiencia también se administró un cuestionario de satisfacción para conocer la opinión de los profesionales que habían participado, especialmente sobre la organización de la formación, los contenidos y metodologías empleadas, la evaluación de las personas que habían impartido la formación, el nivel de aplicabilidad e impacto de la formación en su actividad diaria, y la valoración general de la actividad formativa.

La evaluación mediante instrumentos para la recogida de información principalmente cualitativa en la experiencia piloto tuvo como objetivo principal mejorar la adaptación de los contenidos a las necesidades y a la realidad percibida por parte de los profesionales, así como proporcionar una imagen cercana a las experiencias y dificultades que los propios participantes tenían a la hora de identificar, implementar o aplicar los contenidos que se habían proporcionado durante la formación. Para ello se diseñó una hoja de registro en la que los profesionales, tras recibir la formación, debían de observar, identificar y registrar comportamientos propios, de otro profesional o de una persona usuaria, en la cual se presenta una conducta edadista o contraria a los principios de la ACP, haciendo énfasis en los antecedentes, los efectos y las emociones experimentadas, a partir del lenguaje verbal y no verbal. La observación y registro se realizó durante el período de una semana. Posteriormente, una vez recogida y analizada la información proporcionada por los profesionales, se llevó a cabo una sesión en formato de grupo de discusión donde se hizo una devolución de datos y debate, especialmente sobre la identificación de incidentes críticos positivos y negativos, así como la generación de propuestas para mejorar la situación. Cabe señalar que los participantes fueron informados de los objetivos y finalidad de la investigación, dieron su consentimiento para el registro y trato de forma confidencial de la información. Los cuestionarios de evaluación fueron adminis-

trados en formato *online* a través de un enlace de Google Forms, mientras que la hoja de registro se distribuyó en papel.

4. Resultados más importantes del proceso

En la experiencia piloto participaron un total de 46 profesionales, de los cuales 40 completaron los cuestionarios. La edad media de los profesionales participantes fue de 47.9 años (DT = 11.8). El 87.5% fueron mujeres y 12.5% hombres. Los perfiles profesionales eran: enfermería, auxiliares de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, responsables de cocina, ayudantes de cocina, personal de mantenimiento y de administración, trabajadores sociales, coordinadores asistenciales y dirección. La media de tiempo ocupando su puesto de trabajo fue de 8.4 años (DT = 9.1). El 85% de los participantes mantenía un trato directo con las personas usuarias en su puesto de trabajo y solo el 20% (n = 8) había recibido formación previa sobre edadismo, con una media de 5.3 horas cursadas.

Algunos de los resultados clave del proyecto piloto surgieron a partir de los registros de observación y de su posterior debate y reflexión en los grupos de discusión. Por ejemplo, a partir de las observaciones recogidas se detectó que de los principales lugares en los que se producían las situaciones problemáticas era en el comedor y en relación con las comidas. Los profesionales destacaron conductas disruptivas de los profesionales con residentes que no estaban de acuerdo con las normas. Concretamente, no querían seguir la dieta establecida, no querían ir a comer en ese momento, presentaban problemas o dificultades para comer o gritaban y faltaban al respeto durante las comidas. Según los propios profesionales observadores, todas las incidencias registradas se podían resolver hablando con la persona afectada.

En el grupo de discusión, los profesionales plantearon una serie de puntos clave a partir de las situaciones que habían podido registrar en la fase de observación. Concretamente, detallaron situaciones de mejora en las dinámicas de trabajo en su entorno de trabajo, poniendo énfasis en la interacción entre profesiona-

les, residentes y familias. Se identificaron problemas como la falta de formación en trato adecuado a los mayores, la carencia de comunicación entre equipos y la necesidad de reforzar protocolos ante situaciones conflictivas (véase tabla 1).

Tabla 1. Temas recogidos por los profesionales en los grupos de discusión en la formación piloto

1. Situaciones disruptivas de los profesionales
Trato infantilizador y deshumanizador de los residentes Comentarios inadecuados sobre los residentes en espacios no apropiados Falta de información para el personal de nueva incorporación
2. Conductas disruptivas de los residentes
Faltas de respeto entre residentes y hacia la labor del personal Disminución de la motivación o cooperación en actividades programadas
3. Problemas organizativos del sistema
Falta de personal para prestar cuidados adecuados Problemas en la distribución de tareas
4. Cambios positivos en los últimos años
Mejor comunicación entre departamentos Mayor flexibilidad en la entrada al comedor
5. Situaciones relacionadas con la higiene y el comedor
Problemas con la autonomía en el baño y cambios de pañales Relación entre usuarios en el comedor y aceptación de dietas prescritas
6. Vida diaria y ocio
Dificultades con el sueño y vestimenta Sentimientos de soledad Actividades programadas poco atractivas Falta de salidas fuera de la residencia
7. Relaciones entre profesionales y usuarios
Evitar infantilismos y mejorar la interacción Protocolos ante agresiones a profesionales
8. Relaciones entre profesionales
Falta de comunicación interdisciplinar
9. Relaciones con los familiares
Respetar normas de visita y reglas de funcionamiento del centro

Fuente. Elaboración propia.

El análisis a partir de las aportaciones de los profesionales permite extraer tres ejes clave para la mejora continua:

1. **Formación y sensibilización:** implementar programas de formación sobre el trato digno y la personalización del cuidado.
2. **Organización y recursos:** optimizar la distribución de tareas y garantizar apoyo en momentos críticos.
3. **Mejora del entorno:** diseñar actividades adaptadas, reforzar la comunicación y generar un clima de respeto mutuo.

Los resultados proporcionan una radiografía clara de la situación y plantean posibles soluciones, lo que permite trabajar desde un modelo de atención más humano y eficiente. El proceso de observación en la formación piloto permitió mejorar el instrumento de manera que, en la primera aplicación, después del pilotaje, con los materiales mejorados se pudo obtener información complementaria que abundaba en la percepción de situaciones edadistas en los espacios comentados y otros nuevos como en los espacios de sueño y el ocio. Todo ello refuerza la importancia del registro en los procesos formativos y en los grupos de discusión para las propuestas de mejora.

Algunos de los temas complementarios y añadidos son respecto a:

Baño e higiene

a) *Uso o cambio de pañales, idas al baño frecuentes (deseadas o indeseadas)*

La recomendación sería tratar de cumplir el principio de autonomía protocolaria, en cualquier caso; ante las idas y venidas al baño, resolver el origen de la situación (si se trata de un problema físico, deterioro cognitivo, etc.), y respetar la autonomía de la persona usuaria; si es capaz de darse cuenta de la necesidad de ir al baño, tiene que ir.

b) *Negación a la higiene, agresividad ante la ducha, tiempo de ducha e incomodidad del usuario*

Tener presente el historial/contexto de la persona antes del ingreso residencial (hábitos, gustos, costumbres, etc., por

ejemplo, si a la persona no le gustaba ducharse antes, es probable que ahora tampoco). Los protocolos de aproximaciones sucesivas/graduales se consideran efectivos para reducir la resistencia y agresividad, asimismo, se debe tener presente la preparación previa para reducir los tiempos de espera prolongado (toallas, ropa, etc.) antes de la ducha.

Comedor y dieta

- a) *Relaciones entre usuarios, se cogen la comida unos a los otros y se dan de comer*

Las situaciones se pueden resolver explicándole al usuario el motivo de una determinada dieta y su pauta, desde la proximidad. En este sentido, el factor humano puede dar lugar a una situación de mejora. Se sugiere que agrupar las mesas por tipologías de dieta/pauta para evitar conflictos, robos..., también se destaca la importancia de anticipación, es decir, conocer los perfiles de los usuarios y, en consecuencia, no comer ciertas cosas delante de ellos, etc.

- b) *Disgusto por la comida, porque no quieren seguir la dieta pautada, o negativas para comer en un momento dado*

Destacan varios orígenes y soluciones, por un lado, ante usuarios que no entienden el porqué de las pautas, además de la repetición verbal, el afecto como recurso que el profesional puede incorporar al lenguaje no verbal para mejorar el bienestar de la persona residente. También puede ser útil establecer los límites de forma personal, según el perfil del usuario. Por ejemplo, no insistir demasiado en que el usuario coma cuando se niega, si sabemos que a menudo vuelve a pedirlo más tarde, o si hay opción y les gusta más un primer plato que un segundo, dárselo.

- c) *Relaciones en el comedor entre usuario-cuidador: peticiones de ayuda para comer*

Siguiendo el principio de autonomía, se debe saber hasta dónde se puede ayudar, respetando el límite y reforzando la conservación de sus capacidades.

Vida diaria del residente

a) *Negativas a la hora de dormir, confusiones horarias, espacios diferentes a la cama*

Se recomiendan las aproximaciones mediante explicaciones, proximidad y calidez. La negativa a dormir no se considera un gran conflicto, puesto que no hay horarios fijos para ir a dormir.

b) *Ropa y negación a vestirse*

Posibilidad de reforzar la política del centro con las prendas de vestir que las familias tienen que llevar: ropa y calzado cómodos y adecuados para la época del año, así como cantidad y calidad de la misma. Conocer el historial personal de los gustos para vestir de la persona también se considera una ventaja para evitar las negativas e incomodidad.

c) *Peticiones de ayuda, miedo, sentimiento de soledad (vinculado a la ausencia de visitas familiares), aceptación de la vida en una residencia*

La residencia ofrece acceso a llamadas telefónicas y otras vías de contacto alternativas, pero hay familiares que no responden; el apoyo emocional de los profesionales en estas situaciones se considera clave. Por otro lado, se denomina un problema de base habitual, que afecta muy negativamente a profesionales y usuarios, que tiene que ver con una situación edadista compartida, y se refiere a la aceptación de la vida residencial. A menudo, las familias no informan al usuario que está o irá a vivir a una residencia. Se producen mentiras, engaños, mala praxis familiar, del tipo: «estamos haciendo reformas en casa», «vas a vivir en un hotel», etc. Los profesionales manifiestan que el hecho de ir a vivir a una residencia se considera un tabú y que las familias tienen un concepto equivocado al respeto, por el que no tienen los recursos empáticos para comunicarlo al usuario. Los auxiliares se destacan como un perfil muy concienciado en este sentido, y proporcionan mucho apoyo: cuando el nexo familiar desaparece, el auxiliar se convierte en este pilar fundamental.

Ocio, actividades y salidas externas

a) *Disgusto con las actividades programadas, tanto profesionales como usuarios, actividades infantiles y salidas insuficientes*

Se considera necesario una reflexión alrededor de las actividades, proporcionando un repertorio más apropiado, así como de los repertorios audiovisuales; los animadores externos tienen que modificar la manera de dirigirse a los usuarios (los profesionales la consideran infantil).

b) *Inclusión selectiva en las salidas y actos dentro la residencia*

Se necesita fomentar el voluntariado y ampliar la oferta de salidas. Se percibe una carencia respecto a la comunicación entre los agentes que buscan colaboradores y los voluntarios. Por otro lado, se evidencia la necesidad de una inclusión total, independiente del estado cognitivo y de movilidad del usuario, como punto de base normativo.

c) *Tiempo de ocio en los espacios comunes*

Los profesionales consideran que por las mañanas hay una rutina mucho más estructurada, mientras que por las tardes no es así. La falta de estimulación y actividades programadas favorece la desorientación y los conflictos.

5. Recomendaciones prácticas y propuestas de mejora

A partir de los resultados del proyecto y siguiendo el modelo de ACP se realizan una serie de recomendaciones prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas que viven en residencias, prevenir el edadismo y aumentar la satisfacción de los profesionales que proporcionan los cuidados (Kogan *et al.*, 2016; Lee *et al.*, 2022).

Una de las propuestas principales de mejora tiene que ver con la **relación profesional-residente**, con el objetivo de garantizar un trato digno y personalizado, evitar la infantilización y deshumanización. Algunas de las acciones es continuar con la formación en edadismo y modelo de ACP desde una perspectiva práctica que sensibilice al entorno residencial y desarrolle estrategias

de comunicación que refuerce la autonomía de los residentes, eliminando términos infantilizadores y haciendo un uso de lenguaje positivo y reforzante durante la comunicación diaria. Otro aspecto importante tiene que ver con la consideración y conocimiento de la biografía de cada usuario para tratar de respetar sus gustos, preferencias y rutinas. Aspecto que ayuda a diseñar planes de atención individualizados, y que, en la medida de lo posible, deben de realizarse contando con la participación del propio residente.

Otra de las recomendaciones prácticas tiene que ver con **optimizar la incorporación de nuevos profesionales** a la vida diaria de la residencia. Asegurar una integración eficiente del personal novel garantiza una mejora en la calidad asistencial y proporciona seguridad y bienestar a los profesionales. Algunas de las acciones que se pueden implementar pueden ser designar un profesional de referencia, elaborar guías de bienvenida con información relevante, tanto de las necesidades individuales de cada residente como sobre protocolos de atención personalizada y aplicación de las estrategias ACP. Las acciones de tutoría y acompañamiento con un profesional de referencia al inicio del período de incorporación en el trabajo también pueden ser de mucha ayuda para dar continuidad a los protocolos y tareas que se llevan a cabo.

En cuanto a la **participación activa de los residentes**, se deben de implementar acciones que promuevan la autonomía y la toma de decisiones. Por ejemplo, aumentando la flexibilidad en las rutinas diarias, horarios más abiertos para las comidas y descanso, tratando de respetar los hábitos previos de los residentes. También se puede mejorar la adaptación de las actividades propuestas a sus intereses reales, revisando la programación de actividades de ocio y de tiempo libre, así como introducir nuevas actividades que puedan ser significativas para ellos como son grupos de lectura, juego, música o participar en programas intergeneracionales. En cuanto a las salidas fuera del entorno residencial, deben de considerarse adaptar u ofrecer apoyo extra para aquellos residentes que presentan problemas de movilidad y/o adaptar las salidas a las características de los usuarios.

Otro aspecto que puede mejorar es **la comunicación entre profesionales y el clima laboral** con el objetivo de aumentar la colaboración entre profesionales, el reconocimiento de las funciones que desempeñan dentro de la organización y el autocuidado. Algunas de las acciones que se pueden implementar en este sentido son los espacios de comunicación efectiva, en forma de reuniones regulares, en las cuales los diferentes perfiles profesionales pueden compartir casos y buenas prácticas, así como consultar y prestarse apoyo en casos de dificultad. Estos espacios, además de constituirse como un espacio de trabajo interdisciplinar, fomentan el apoyo emocional entre los profesionales. Además, los propios equipos directivos pueden ayudar a reducir la carga por estrés laboral, mejorando la coordinación entre turnos y la distribución de tareas en función de las necesidades reales o en los momentos críticos o puntuales de mayor demanda.

En este sentido, otra de las recomendaciones tiene que ver con el **papel de las familias como aliadas** para aplicar el modelo ACP. El establecimiento de vínculos adecuados con las familias puede mejorar la calidad asistencial. Algunas acciones como ofrecer información y formación sobre el modelo ACP, diferentes recursos para facilitar la adaptación de los residentes al entorno o asegurar que revisan y comprenden las normas sobre las visitas y funcionamiento del centro, pueden mejorar la convivencia y el bienestar tanto de los residentes como de los profesionales.

El proyecto formativo también nos ha permitido enunciar algunas propuestas de mejora desde un punto de vista de la **investigación aplicada**. Por ejemplo, la necesidad de trabajar con sus propias experiencias y percepciones a través de espacios de debate y reflexión sobre su práctica diaria. En este sentido, es clave garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados para evitar posibles efectos personales y laborales no deseados. Asimismo, también podría resultar imprescindible trabajar con informantes clave de una forma más cercana y detallada, por ejemplo, a través de entrevistas personales. Esta metodología podría proporcionar información muy valiosa y profunda, por ejemplo, respecto a las creencias personales sobre el

ejercicio profesional y el edadismo. Finalmente, a partir de la presente investigación también se reconoce la necesidad de ofrecer una mirada imparcial por parte de observadores independientes y externos, que ayude a detectar sesgos, prácticas inadecuadas que no son conscientes para los profesionales, ni la organización, asegurando una evaluación objetiva y crítica que fomente la transparencia y la confianza en los sistemas de mejora y calidad de los cuidados.

6. Reflexiones finales y conclusiones

La atención residencial a las personas mayores y la lucha contra el edadismo requieren de un enfoque integral que incluya de forma sinérgica las aportaciones de la práctica profesional, la investigación académica y la formulación de políticas públicas. A partir del proyecto «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca» se pone de manifiesto la importancia fundamental de las políticas públicas y las instituciones para abordar el edadismo desde una perspectiva comprensiva y en función de las estructuras sociales que proporcionan los cuidados. Esta acción formativa no trata solo de modificar prácticas individuales de los profesionales, sino de transformar las estructuras sociales que determinan el acceso a los cuidados de calidad. Siendo clave en este sentido desarrollar normativas, protocolos y formaciones que garanticen una atención centrada en la persona y que promuevan la autonomía de las personas mayores. Las organizaciones, tanto públicas como privadas, desempeñan un papel crucial en la transformación de la cultura del cuidado y fomento de los cambios sociales. A través de la formación, la sensibilización y la promoción de buenas prácticas, se impulsa una visión digna y respetuosa del envejecimiento, por lo que, la colaboración entre entidades del ámbito sanitario, social y académico es esencial para generar impactos sociales a largo plazo.

El abordaje del edadismo y su investigación necesita de una perspectiva interdisciplinar desde diferentes ámbitos como son la gerontología, la enfermería, la psicología, la sociología, la

educación, etc., que deben de trabajar en armonía para desarrollar soluciones innovadoras y eficientes. Es por ello por lo que la investigación debe procurar hacer evaluaciones sobre las intervenciones basadas en la ACP, analizando el impacto del edadismo en el bienestar de las personas mayores y diseñando entornos de formación y sensibilidad sobre este fenómeno. Finalmente, desde las universidades, las diferentes cátedras y observatorios de personas mayores, recae la responsabilidad de generar conocimiento aplicado a la práctica y realizar una devolución multidisciplinar a los diferentes públicos interesados. A partir de este proyecto, se detecta la necesidad de seguir desarrollando procesos de adaptación de contenidos formativos al perfil de los profesionales que trabajan en un contexto de cuidados como son los entornos residenciales, teniendo en cuenta que un porcentaje elevado de profesionales nunca ha recibido formación sobre edadismo o no participa de planes de formación continua. Asimismo, cabe señalar que la edad y la formación previa de los profesionales es clave a la hora de diseñar planes de formación y actualización, así como las diferentes características del entorno de trabajo, como por ejemplo el nivel de dependencia de los usuarios a los que se atiende.

En definitiva, este proyecto ha permitido realizar una reflexión, desde la investigación aplicada, sobre la necesidad de promover cambios culturales en la sociedad, comenzando por la acción de los profesionales y las organizaciones, a través de la formación de los profesionales de las instituciones que atienden al colectivo de personas mayores en residencias.

Referencias

- Brummel-Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M. ... y Vladeck, B. C. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18.
- Blanca, M., Sánchez, C. y Trianes, M. (2005). Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.

- Brooker, D. y Surr, C. A. (2005). *Dementia care mapping. Principles and practice*. Bradford, UK: Bradford Dementia Group.
- Kogan, A. C., Wilber, K. y Mosqueda, L. (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), e1-e7.
- Gauna, A. (2016). Me llamo Carmen. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=NzAXKHWN2Go>
- Lee, K. H., Lee, J. Y. y Kim, B. (2022). Person-centered care in persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 62(4), e253-e264.
- Pérez-Rojo, G., López, J., Noriega, C., Martínez-Huertas, J. y Velasco, C. (2021). Validation of the professional Good care scale in nursing homes (GCS-NH). *BMC Geriatrics*, 21, 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02199-6>
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Harper & Row.

Índice

Prólogo.....	9
Introducción.....	11
1. Edadismo. Qué es y cómo se manifiesta en los centros residenciales.....	17
1. Introducción.....	18
2. Tipología de edadismo.....	20
3. Agentes y factores de difusión del edadismo.....	22
4. Edadismo en centros residenciales.....	30
5. Perfil de personas mayores de entornos residenciales.....	32
6. Perfil de profesionales de entornos residenciales.....	35
Referencias.....	38
2. Evaluación de actitudes de profesionales frente al edadismo. Análisis de la revisión sistemática.....	43
1. Introducción.....	44
2. Metodología de la revisión sistemática de instrumentos.....	46
3. Resultados de la revisión.....	49
3.1 Instrumentos de evaluación de las actitudes edadistas.....	49
3.2 Instrumentos de evaluación del modelo de Atención Centrada en la Persona.....	53
4. Conclusiones.....	60
Referencias.....	63

3. Formación de profesionales frente al edadismo en residencias	67
1. Introducción.	68
2. Desarrollo de la revisión	69
3. A modo de resumen.	80
4. Como conclusión para unas buenas prácticas en formación	82
Referencias	83
4. Prevención e intervención del edadismo en residencias para mayores a través de una experiencia aplicada en Baleares.	87
1. Introducción.	87
2. Proceso de coordinación e implementación del proyecto	88
3. Descripción de la propuesta formativa.	91
4. Resultados más importantes del proceso	97
5. Recomendaciones prácticas y propuestas de mejora	102
6. Reflexiones finales y conclusiones	105
Referencias	106

Prevención del edadismo en la atención residencial

Una propuesta de formación integral

Este libro pretende ser un espacio de reflexión sobre cómo nos comportamos con las personas mayores y, a la vez, desde el rigor científico y su aplicación práctica, proporcionar una propuesta formativa centrada en los profesionales y en el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) para poder convertir los entornos residenciales en espacios vitales libres de edadismos. Se presenta una propuesta formativa que integra, o pretende integrar, las ideas clave desarrolladas hasta ahora. Una propuesta centrada en el modelo ACP, en la soledad no deseada y en el maltrato hacia las personas mayores desde una perspectiva global. Una propuesta que incluye tanto una dimensión cuantitativa como cualitativa; donde los protagonistas son todos los profesionales que están en contacto directo e indirecto con las personas que viven en este entorno residencial (puesto que es así como se da en la realidad), creando grupos formativos interdisciplinares donde son ellos mismos quienes detectan situaciones edadistas y generan las soluciones a estas.

En definitiva, este libro pretende ofrecer una propuesta formativa en edadismo en entornos residenciales basado en la literatura científica, que permite una adaptación a cualquier centro residencial de personas mayores, donde la optimización de tareas potencia no solo una mayor organización y eficacia de los recursos de los que se dispone, sino que permite, a la vez, una mejora en el entorno laboral y, por ende, un mejor bienestar de los profesionales que participan en el proceso formativo y una mejora del clima laboral.

Carmen Orte. Catedrática de la Universidad de las Islas Baleares (UIB) e investigadora principal del Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES). Directora de la Cátedra de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal. Directora del Anuario del Envejecimiento de las Islas Baleares.

Marga Vives. Profesora Titular Laboral de la Universidad de las Islas Baleares (UIB) y miembro del Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES). Vicedecana y jefa de estudios de Educación Social de la Universidad de las Islas Baleares (UIB). Co-coordinadora del Anuario de la Juventud de las Islas Baleares.

Este libro se enmarca en el trabajo de:

 **IMAS**
Departament de Benestar Social
Consell de Mallorca

 **Gifes**

 **UIB**

Universitat
de les Illes Balears

Laboratori d'Investigació
sobre Família i Modalitats
de Convivència (LIFAC)