

**EDADISMO SANITARIO.
PERCEPCIÓN DE LOS SANITARIOS EN FUNCIÓN
DE SU PERFIL, CONOCIMIENTO Y ÁREA DE
INTERVENCIÓN.**

Alumna: Bibiana Benítez Amaro

Tutora: Dra. Fátima Marichal García

Trabajo Fin de Máster

Máster Oficial en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud.

Sección de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna

Curso: 2023-2024

RESUMEN

El edadismo, o discriminación por edad, es un fenómeno social que afecta negativamente a las personas mayores, perjudicando su bienestar y acceso a servicios de salud. El objetivo de este proyecto de investigación es estudiar las percepciones de los profesionales sanitarios hacia el edadismo en función de su perfil profesional, conocimiento previo e institución y áreas sanitarias a la que acuden los pacientes mayores de 65 años.

Participarán profesionales sanitarios como enfermeros/as y auxiliares de enfermería que trabajan en entornos de salud como hospitales y centros de salud. Para la recogida de datos se aplicará el cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE, 2005).

Se espera encontrar una relación negativa entre edadismo y enfermeros/as, así como positiva entre edadismo y auxiliares de enfermería. Es decir, los/as enfermeros/as presentarán menor edadismo que los auxiliares. También se espera que los resultados muestren una relación negativa entre alto conocimiento y edadismo, así como las áreas con mayor número de pacientes mayores. Es decir, a mayor conocimiento menor edadismo, y a mayor cantidad y contacto con pacientes mayores, menor edadismo.

En conclusión, los resultados que se obtengan permitirán comprender mejor este problema sociosanitario y mejorar la práctica sanitaria hacia los mayores, a través de estrategias educativas y programas de sensibilización focalizadas en aquellas áreas y perfiles que más lo requieran.

Palabras clave: Edadismo sanitario, profesionales sanitarios, tipo de institución y área, conocimiento edadista.

ABSTRACT

Ageism, or age discrimination, is a social phenomenon that negatively affects older people, harming their well-being and access to health services. The objective of this research project is to study the perceptions of health professionals towards ageism based on their professional profile, prior knowledge and the institution and health areas to which patients over 65 years of age attend.

Health professionals such as nurses and nursing assistants who work in health environments such as hospitals and health centers will participate. To collect data, the Negative Stereotypes towards Old Age questionnaire (CENVE, 2005) will be applied.

It is expected to find a negative relationship between ageism and nurses, as well as a positive relationship between ageism and assistants. That is, the nurses will be younger than the assistants. The results are also expected to show a negative relationship between high knowledge and ageism, as well as the areas with the greatest number of older patients. That is, health areas with more knowledge of older patients show less ageism.

In conclusion, the results obtained will allow us to better understand this socio-health problem and improve health practice towards the elderly, through educational strategies and awareness programs focused on those areas and profiles that require it most.

Keywords: Health ageism, health professionals, type of institution and area, ageist knowledge.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	MARCO TEÓRICO	5
2.1.	La vejez y sus dimensiones	5
2.2.	Envejecimiento en España y Canarias	7
2.3.	El edadismo	10
2.4.	Edadismo en el ámbito de la salud	13
3.	JUSTIFICACIÓN	18
4.	OBJETIVOS	19
4.1.	Objetivo general	19
4.2.	Objetivos específicos	20
5.	HIPÓTESIS	20
6.	METODOLOGÍA	20
6.1.	Diseño del estudio	20
6.2.	Población y muestra	21
6.3.	Criterios de inclusión y exclusión	22
6.4.	Variables e instrumento de medida	22
6.5.	Plan de trabajo y recogida de datos	24
6.6.	Análisis estadístico	25
7.	CRONOGRAMA	25
8.	RESULTADOS ESPERADOS, APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA	27
9.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	28
10.	BIBLIOGRAFÍA	30
11.	ANEXOS	33

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional cada vez va teniendo más relevancia a nivel global, caracterizado por el aumento progresivo de la proporción de personas mayores en la población mundial. El impacto del envejecimiento poblacional es profundo y multifacético, abarcando aspectos sociales, económicos y sanitarios

En el ámbito sanitario, el envejecimiento poblacional representa un gran reto. Las personas mayores tienden a presentar un perfil de salud complejo, con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que demanda una atención médica más continua y especializada. Además, el aumento de la esperanza de vida implica una necesidad creciente de servicios de atención a largo plazo y cuidados paliativos, teniendo los sistemas de salud que adaptarse para responder de manera eficaz a tales necesidades.

El edadismo se caracteriza por la discriminación por razón de edad. Aunque suele darse tanto en jóvenes como mayores, lo más frecuente es que afecte a las personas mayores. Este problema, a menudo subestimado, tiende a perjudicar negativamente a diversos ámbitos de la vida, afectando gravemente a la salud. En el ámbito sanitario, el edadismo puede presentarse en diferentes formas, desde la infantilización a la hora de dirigirse al paciente mayor hasta la minimización de sus síntomas y necesidades, llevando a la disminución de uso de recursos médicos. Estudios han demostrado que los profesionales sanitarios, a veces de manera inconsciente, pueden tener creencias que subestiman la capacidad de recuperación de los pacientes mayores, lo que desencadena decisiones clínicas que no siempre están inclinadas hacia el mejor interés de estos pacientes.

La formación y educación continua de los profesionales sanitarios acerca del envejecimiento y el edadismo es crucial para combatir el problema. La sensibilización y el conocimiento adecuado pueden llegar a transformar y renovar las prácticas médicas, promoviendo una atención más equitativa y respetuosa. Además, es fundamental la implementación de políticas y estrategias que aborden el edadismo en las instituciones sanitarias, garantizando así un entorno de cuidados inclusivos y libre de prejuicios.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La vejez y sus dimensiones

La vejez es la última etapa del ciclo de la vida, comúnmente caracterizada por el envejecimiento psicosocial, biológico, fisiológico, cognitivo y emocional. El concepto de vejez además se encuentra influenciado por factores culturales, ambientales y socioeconómicos que difieren a nivel mundial. ⁽¹⁾

Algunos autores relacionan incluyen en el concepto de vejez elementos de juicio y valoración que hacen referencia a la experiencia de ser mayor. Es por ello que suele tener visiones contrapuestas. En cuanto a las visiones positivas, se relaciona a la persona mayor con la sabiduría, como que ha vivido muchas experiencias y tiene un alto estatus social, digna de respeto y que ejerce gran influencia sobre los demás. No obstante, existe una visión negativa que ha ganado fuera en la actualidad, que considera la vejez como un estado deficitario, dónde la persona es asociada a un ser simplemente consumidor y originador de pérdidas, con las siguientes características: disminución física y mental, económicamente dependiente, socialmente aislado, y con muy pocas redes de apoyo y por ende una disminución de su estatus social. Esto se debe a que la sociedad actual está orientada a las nuevas tecnologías, la mecanización y la ciencia, perdiendo las personas mayores habilidades para adaptarse al medio. ⁽²⁾

De este modo, distintos autores han investigado el origen del concepto de vejez, distinguiendo tres dimensiones que la definen: la biológica, social y psicológica.

En la biológica se observa todo desde el punto de vista del deterioro celular, la cronología y los cambios que suceden según el grado de envejecimiento. ⁽³⁾

Las teorías biológicas tratan de explicar el envejecimiento desde un enfoque físico, basado en el deterioro de nuestro organismo y sistemas, como una parte regular del proceso de envejecimiento de los seres vivos, y por ende de los humanos. El autor Shock ⁽²⁶⁾, dividió estas teorías en tres bloques:

- Teorías del envejecimiento primario, que se centra en las causas genéticas y la hereditaria, incidiendo en el genoma humano. contempla diversas teorías como la teoría del envejecimiento programado, teoría de la multiplicación celular limitada, teoría de la peroxidación, etc.
- Teorías del envejecimiento secundario, que atribuye el envejecimiento al desgaste natural del cuerpo humano a causa del paso del tiempo. Además, considera que el exceso de uso y el desuso contribuyen al deterioro y a la aceleración de la ineffectividad de los órganos. Contempla teorías como la de desgaste o estocástica, teoría de la acumulación de moléculas nocivas en la sangre, teoría de la privación, etc.
- Teorías del envejecimiento terciario, refiere que el envejecimiento se debe a la degradación de uno o varios de los sistemas fisiológicos. Incluye teorías como la de la disminución de la función inmunológica, la teoría de la disfunción hipofisaria, etc. (26)

La teoría social incluye tres factores: el sociopolítico, que indica el nivel de cooperación e integración social de las personas mayores; el sociodemográfico, que incluye el crecimiento poblacional y sus consecuencias; y la economía política, donde se estudian los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas mayores. (3)

Las teorías sociales se enfocan en la comprensión y predicción de una adaptación óptima de las personas mayores dentro de la sociedad. La teoría más destacada es la de la desvinculación, la cual refiere que la vejez conlleva una desvinculación gradual inevitable hacia la sociedad, debido a la disminución de las actividades sociales y la pérdida de presión social hacia las personas mayores respecto a sus interacciones sociales, derivando así a una desvinculación total. Tiene como resultado una pérdida progresiva de roles y una disminución de la calidad y cantidad de las relaciones sociales. (27)

Por último, la dimensión psicológica, que va relacionada con los cambios de los procesos psicológicos básicos y su progreso. (3)

Las teorías psicológicas se enfocan en los aspectos cognitivos, además de estudiar qué factores influyen en la personalidad de las personas y sus estrategias a la hora de manejar sus relaciones sociales. Se pueden destacar dos teorías:

- La teoría del desarrollo. El autor Erikson ⁽²⁷⁾ considera que la etapa de la vejez se desarrolla a partir de los 65 años en adelante, y esta etapa supone la percepción de un ciclo vital único y propio, donde cada persona se reconoce como única, aceptando sus fortalezas y debilidades, así como sus experiencias pasadas de una manera positiva. Todo esto deriva en una actitud positiva hacia la vida y hacia los problemas que se puedan presentar. Por el contrario, si no se logra dicha integridad, puede aparecer una situación de desesperación, donde la persona comienza a pensar en la limitación de su vida, y no logra cambios en esta. La persona puede sufrir episodios de ansiedad e irritación constantes, invadiéndole un sentimiento de inutilidad.
- La teoría de la continuidad. En esta teoría se afirma que no existe una transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, si no que se trata de pequeños cambios provocados por la necesidad de adaptarse a la vejez, por lo que sería una transición continua y gradual, en la que existe una extensión de experiencias, hábitos y proyectos de la etapa anterior, quedándose intactos tanto la personalidad como el sistema de valores. La teoría de la continuidad considera que cada persona concibe de manera diferente cómo debe ser una vejez satisfactoria, en función de sus valores y experiencias, por lo que realmente no se puede crear una teoría estándar que hable del comportamiento que se debe tener durante esta etapa, pues depende de la historia de cada uno. Sin embargo, se pueden establecer patrones de comportamiento que supongan una continuidad respecto a su etapa anterior, por lo que el nivel de actividad de una persona va a depender de su trayectoria vital. Esta continuidad no solo se manifiesta en el comportamiento, sino también en sus patrones psíquicos, como el temperamento, las creencias y la visión del mundo. La continuidad ayuda a incrementar la seguridad y autoestima en una persona.

(28)

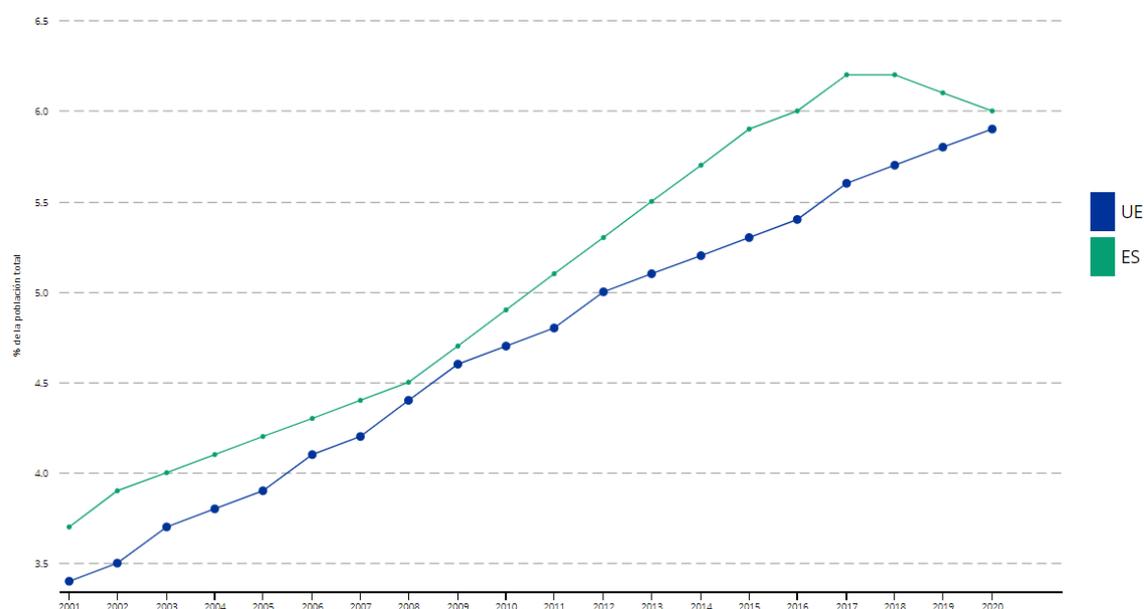
2.2. Envejecimiento en Españas y Canarias

El envejecimiento en España, tal y como se muestra en el Instituto Nacional De Estadística (INE) ha sufrido un incremento a lo largo de los años. Uno de cada 6 habitantes tiene una edad igual o mayor a 65 años. Tal grupo de población creció un 2,1% en el último año, mientras que los menores de 16 años disminuyeron un 0,6%. ⁽⁴⁾

En 2023, el índice de envejecimiento alcanzó un 137,3% lo que significa que hay 137 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 16 años. Esta tendencia es el resultado de una baja natalidad y una alta esperanza de vida. En 2022, el número de nacimientos fue el más bajo de la historia, con 329.251 nacimientos, mientras que la esperanza de vida alcanzó los 83,1 años. (29)

Si se hace referencia a una población de 80 años o más, y haciendo una comparativa con la media de la Unión Europea, también existe un incremento. Tal y como se muestra en la siguiente tabla, en España en el año 2020, un 60% de la población tenía una edad de 80 o más años, mientras que en 2001 sólo era un 3,4%, casi la mitad. Se puede observar cómo a lo largo de esos 20 años siempre se ha superado al porcentaje de la Unión Europea. (4) (Ver tabla 1)

Tabla 1. Demografía de Europa.

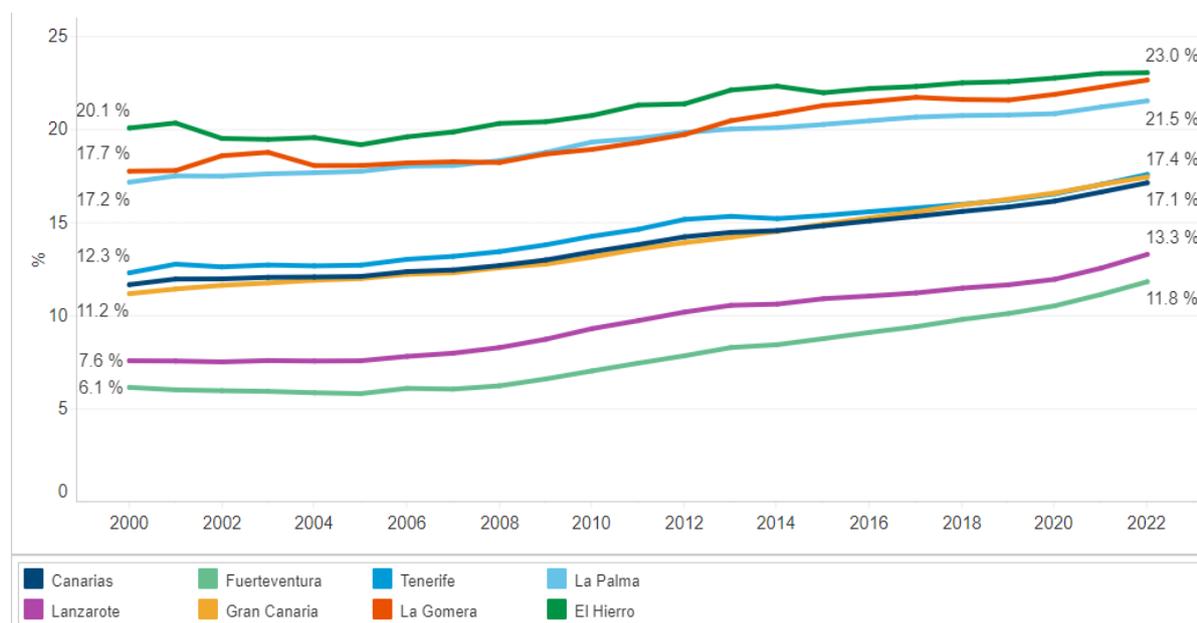


Fuente: INE: 2021: Demografía de Europa. Consulta marzo 2024.

En Canarias, y en concreto en la isla de Tenerife, ha surgido un crecimiento considerable de la población de 65 o más años, tal y como se observa en la siguiente tabla. En el año 2000, en Tenerife, dicho grupo etario representaba un 12,3% de la población, mientras

que en 2022 presentaba un 17,4%. En ambos casos, por encima de la media de Canarias. (5)
(Ver tabla 2)

Tabla 2. Porcentaje de población de 65 años o más sobre el total de población



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Consulta marzo 2024.

La esperanza de vida está íntimamente relacionada con el envejecimiento poblacional. Dicha esperanza es directamente proporcional a lo desarrollada que esté la sociedad, pues avances en la salud y en la calidad de vida, como la existencia de vacunas, una mejor alimentación, una mejor higiene y aseo, agua corriente y potable y los medicamentos han contribuido a tal aumento en la esperanza de vida. Además, habría que sumarle el hecho de que, por lo menos en España, la natalidad ha descendido considerablemente, resultando así una población más envejecida. (6)

Las proyecciones demográficas indican que para el año 2030, el 30% de la población española tendrá más de 65 años, y para el 2050, aumentará hasta un 30,4%. Además, se espera que el número de personas centenarias aumente significativamente, pasando de 14.277 a 226.932 en 2070. (29)

2.3. El edadismo

El término “edadismo”, proveniente del inglés “ageism”, fue denominado en 1969 por Robert Butler ⁽⁸⁾, gerontólogo estadounidense y primer director del Instituto Nacional del Envejecimiento en Estados Unidos. Aunque el edadismo siempre se ha dado a lo largo de los años y en diferentes contextos y culturas, el concepto en sí es relativamente nuevo y no tiene terminología en todos los idiomas aún, posiblemente debido por la dificultad a la hora de concienciar a las personas sobre tal fenómeno social e incentivar el cambio.

Se denomina “edadismo” a todos aquellos prejuicios, estereotipos o discriminación dirigidos en contra de otras personas por razones de edad. El edadismo afecta a todas las edades. ⁽⁸⁾

Investigaciones recientes han demostrado que el edadismo puede conllevar a graves consecuencias en la salud mental y física de las personas mayores, aumentando el riesgo de depresión, ansiedad y problemas de salud crónicos, entre otros ⁽⁹⁾. Además, puede desencadenar a una exclusión social y limitar la oportunidad de participación y contribución de las personas mayores en la sociedad. ⁽¹⁰⁾

La encuesta Social Europea de 2008-2009 revela que el edadismo afecta al 34% de las personas encuestadas, en comparación con el 24% que experimenta sexismo y el 16% que sufre racismo. En cuanto a la percepción sobre cuándo una persona empieza a ser considerada mayor, más del 10% de los españoles y el 9% de los europeos creen que esto ocurre antes de los 50 años. Un 10% de los españoles y un 16% de los europeos piensan que se alcanza entre los 50 y los 59 años. La franja más común es entre los 60 y 69 años, con más del 28% de los españoles y el 34% de los europeos. Además, más del 23% de los españoles y el 26% de los europeos sitúan la edad entre los 70 y 79 años, y cifras similares consideran que se alcanza a los 80 años o más. ⁽¹¹⁾

Dentro del edadismo se encuentran conceptos como los prejuicios y estereotipos. Los prejuicios están infundados por la categorización social, algo que surge inconscientemente desde que somos niños, surgido por la costumbre a establecer relaciones entre grupos de

personas y sus comportamientos, como, por ejemplo, la relación de las mujeres con mujeres que cuidan y protegen, y los hombres con personas fuertes. De tal modo, consideramos a las personas mayores como débiles, y sin habilidades para aprender cosas nuevas rápidamente. (7)

Los estereotipos son creencias o ideas generalizadas sobre un grupo de personas, que se suelen dar de manera indiscriminada, englobando de tal manera que se ignoran sus diferencias individuales. La edad lleva a pensar signos negativos de la vejez, y representa prejuicios que dificultan la calidad de vida en el envejecimiento, generando un aislamiento social. (7)

En cuanto a los estereotipos, se pueden clasificar en dos grupos según su valoración: negativa o positiva. Los estereotipos negativos incluyen creencias como que todas las personas mayores experimentan una disminución en el funcionamiento físico y cognitivo, carecen de creatividad, tienen dificultad para aprender nuevas habilidades, son una carga para la familia y la sociedad, y se las considera dependientes, asexuales, enfermas y frágiles. Por otro lado, los estereotipos positivos describen a las personas mayores como sabias, generosas, amigables, morales, confiables, leales y experimentadas. Estos estereotipos están presentes en todas las culturas, y aunque los positivos pueden parecer beneficiosos, también pueden llevar a la percepción de menor competencia, paternalismo condescendiente y sentimientos de lástima. (12)

La Organización Mundial de la Salud ha resaltado los efectos negativos del edadismo sobre la salud física y mental. Según la encuesta World Values Survey, analizada por la OMS, el 60% de los encuestados cree que las personas mayores no reciben el respeto que merecen (13). Además, la OMS estudió que las personas con una visión negativa del envejecimiento vivían 7,5 años menos que aquellas con una actitud positiva (14). Dado el envejecimiento global de la población, la OMS subraya la importancia de abordar el problema del edadismo en la población mayor. Se prevé que el número de personas mayores de 60 años se duplique entre 2000 y 2050, lo que significa que más de 1 de cada 5 personas superará esa edad. La OMS destaca la importancia de promover el envejecimiento activo y saludable mediante la participación social, económica y política. (13)

Swift y Abrams ⁽¹⁵⁾, analizaron cómo el edadismo puede afectar negativamente los seis determinantes propuestos por la OMS para un envejecimiento activo: condiciones económicas, servicios de salud y sociales, comportamiento, características personales, situación social y entorno físico. Según la OMS, el envejecimiento activo se define como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. La discriminación por edad pone en riesgo este proceso. Además, la discriminación por edad afecta negativamente la salud y el bienestar físico y psicológico, el funcionamiento diario, los niveles de estrés, la depresión y la satisfacción con la vida. ⁽¹⁶⁾ A nivel social, aumenta el riesgo de aislamiento, autoexclusión, mortalidad, morbilidad, ansiedad intergrupala, malestar psicológico, niveles más altos de depresión y mayor riesgo de abuso económico, físico y psicológico. Las personas con actitudes más negativas hacia el envejecimiento tienen menos probabilidades de buscar atención médica, son menos activas físicamente, tienen un mayor riesgo de enfermedades como el Alzheimer, y muestran menos motivación para una vida larga, lo que impacta negativamente en su independencia, autonomía y calidad de vida, además de aumentar la ansiedad y afectar su rendimiento en actividades diarias. ⁽¹⁵⁾

Entre los factores que influyen en el edadismo se ha observado que los medios de comunicación, la cultura popular y las actitudes internalizadas pueden contribuir en la perpetuación de estereotipos negativos hacia las personas mayores, así como la falta de contacto intergeneracional y la segregación residencial. ⁽¹⁷⁾

Aunque el término edadismo fue utilizado por primera vez para referirse al rechazo de las personas jóvenes hacia el envejecimiento, actualmente puede estar dirigido a cualquier grupo etario, sin embargo, se sigue centrando más en las personas mayores, ya que comúnmente en el mundo occidental se las considera débiles, dependientes, improductivas y frágiles, asociando siempre sus problemas salud como propios del envejecimiento. ⁽¹⁸⁾

Por esta razón, varios autores a lo largo de los años han considerado el edadismo como un concepto polifacético, que implica tres dimensiones: ⁽¹⁹⁾

- La dimensión cognitiva, aquella que engloba los estereotipos negativos sobre la vejez. Esta es adquirida muy temprano y actúa como profecía autocumplida en la vejez. Esto ocurre cuando por ejemplo se considera que las personas mayores son incapaces de aprender cosas nuevas. Los estereotipos se activan al generalizar a las personas mayores, formando etiquetas donde los clasifican, e imponiendo creencias donde se desprecian a dichas personas y desencadenan consecuencias negativas en diferentes aspectos de sus vidas.
- La dimensión afectiva, que vendrían a ser los prejuicios, son reacciones emocionales o sentimientos tanto negativos como positivos que conforman diferencias en los grupos y fuera de ellos. Por ejemplo, cuando se siente lástima por una persona mayor al considerarla frágil, esto va a provocar que no se tenga en cuenta su autonomía.
- La dimensión conductual, que comprende la discriminación, se produce al utilizar prácticas que excluyen a terceros, y los pone en una posición social desfavorable por su edad. Por ejemplo, cuando una persona mayor trabajadora se le prohíbe asistir a un evento debido a su edad. (19)

El edadismo puede ser sutil y a veces imperceptible, u otras veces puede ser explícito y llegar a influir en la percepción de las propias personas mayores acerca de sus capacidades y necesidades, no solo a las personas que los rodean. (18) Es por ello que en algunos ámbitos y sectores esta conducta puede llegar a incrustarse de una manera subconsciente, perjudicando el modo de actuación y atención a las personas atendidas, como pasa por ejemplo en el ámbito sanitario.

2.4. Edadismo en el ámbito de la salud

En el ámbito de la salud se conocen los efectos de las tres dimensiones del edadismo que experimentan las personas mayores y limitan el acceso a la asistencia sanitaria, el tratamiento y el diagnóstico de los mismos, asociándose de manera significativa con unas peores condiciones de salud, reduciendo la longevidad, disminuyendo la calidad de vida y bienestar, aumentando las conductas de riesgo para la salud, las malas relaciones sociales, enfermedades. (20)

El edadismo también se manifiesta en el campo de la salud como actitudes y prácticas que se relacionan con la edad, favoreciendo a las personas más jóvenes en lo que se refiere a uso de los recursos y servicios, como el acceso a camas de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), tratamientos de alto costo, intervenciones quirúrgicas, etc. El edadismo se contempla, dentro de las sociedades occidentales, en el ámbito institucional mediante leyes, normas sociales, políticas, reglas y protocolos que limitan las oportunidades de las personas mayores, generando así un impacto importante en la atención a la salud de dichas personas, y abriendo así una brecha que aumenta la desigualdad en los sistemas y servicios de la salud. (19)

En cuanto a la atención en el ámbito de la salud en función de la edad, ésta se da de forma generalizada. Una revisión publicada en el año 2020 publicó que el 85% de los estudios, es decir, 127 estudios de 149, dio como resultado que la edad determinaba qué personas eran tratadas con determinadas intervenciones o tratamientos médicos. En otro estudio que abarcaba cinco centros médicos de Estados Unidos se obtuvo como resultado que la edad afectaba a las decisiones que tomaba el personal médico en referencia a la aplicación de tratamientos de soporte vital. El personal médico tenía más probabilidades de no utilizar respiraciones, intervenciones quirúrgicas o diálisis conforme aumentaba la edad del paciente. (8)

Varios estudios también informan que los profesionales de la salud mental no disponen de la información y herramientas adecuadas para trabajar con personas mayores, pues carecen de competencias clínicas y habilidades para diagnosticar y trabajar con pacientes de edad avanzada que presentan problemas de salud mental. Esto hace que presenten actitudes negativas respecto a este grupo etario y tienen una menor predisposición a trabajar con ellos. (8)

En una revisión bibliográfica realizada en 2023 sobre el edadismo contra las personas mayores en servicios de salud, se muestra como entre los años 2000 y 2020 se realizaron una serie de estudios tanto cualitativos, como cuantitativos y mixtos, cuyos participantes encuestados en su mayoría fueron adultos mayores que utilizaban los servicios de salud (57%), profesionales de la salud (40%) y personas cuidadoras de adultos mayores (3%). El contexto de las investigaciones era, generalmente, hospitales públicos y privados de diferentes países, y

una minoría sobre el área de atención primaria de la salud. Dichos estudios muestran las siguientes expresiones de edadismo: ⁽¹⁹⁾

- En términos de investigación diagnóstica, a menudo no se incluyen preguntas sobre la actividad en las evaluaciones psiquiátricas, se registra una baja tasa de verificación histológica, la anamnesis es breve y las investigaciones diagnósticas son inadecuadas. El acceso a los tratamientos también está restringido, con menos cirugías curativas y quimioterapia, menor probabilidad de recibir medicamentos beneficiosos como estatinas y bloqueadores beta, y un tratamiento inadecuado para la disfunción sexual. Las personas mayores tienen menos probabilidad de recibir tratamiento contra el cáncer de manera oportuna y enfrentan retrasos injustificados, se omite información sobre el estado de su enfermedad y opciones de tratamiento, y son menos propensas a recibir intervenciones quirúrgicas, radioterapia o quimioterapia de cualquier tipo. Además, tienen menor acceso a recursos para la cirugía de cataratas, menor probabilidad de reconstrucción mamaria y uso de inmunoterapia, y se realizan pocas cirugías conservadoras independientemente de la gravedad clínica del cáncer de mama. Las personas entre 80 y 90 años son menos propensas a ser operadas que los pacientes entre 65 y 79 años.
- En cuanto al lenguaje, a menudo se utiliza un tono condescendiente e infantilizado, se evita e ignora a las personas mayores sin garantizar su privacidad, y las instrucciones se imparten en un lenguaje inaccesible, limitando su participación.
- El acceso a recursos y servicios de salud también es bajo, con menos probabilidad de ser enviados a la sala de reanimación en emergencias, menor disposición de los profesionales de la salud para tratar a personas mayores con ideación suicida, acceso limitado a órganos para trasplante debido a la edad, y menos servicios, directrices y financiación para personas mayores con episodios psicóticos. También es baja la probabilidad de acceder a servicios de rehabilitación. La atención es inadecuada, con las personas mayores sintiendo que no tienen acceso a los mismos cuidados y recursos que los jóvenes. No se evalúa el riesgo de suicidio, y hay falta de atención a sus necesidades específicas. Las personas mayores notan que la atención médica que reciben es incompleta y discriminatoria, y aquellas que no pueden curarse con tratamiento médico tienen menos prioridad en la atención de enfermería. La consulta

clínica suele ser apresurada y reciben cuidados menos intensivos durante paros cardiorrespiratorios. Además, hay una falta de inversión en su atención y falta de consideración de sus necesidades holísticas y desafíos contextuales. Las familias de las personas mayores también reciben menos apoyo psicológico.

- Los comportamientos contra el envejecimiento incluyen actitudes negativas de los empleados hacia las personas mayores, falta de valoración social, y vergüenza al atender a los hombres mayores con infecciones de transmisión sexual.
- Las personas mayores de género masculino y menor escolaridad se sienten discriminadas en clínicas y hospitales, y los enfermeros de mayor edad mencionan alta frecuencia de comportamientos negativos sobre la edad en su vida cotidiana. Los enfermeros en hospitales generales sienten ansiedad y miedo hacia la vejez. Los profesionales de la salud son más propensos a pensar que la ideación suicida es normal en las personas mayores y a no utilizar estrategias terapéuticas. Los médicos rurales tienen una percepción negativa sobre las personas mayores de 85 años, independientemente de su estado de salud y capacidad funcional y cognitiva, y consideran que las personas mayores son débiles, enfermas, con menos capacidad cognitiva, intolerantes, inflexibles y con mayor dificultad para adherir el tratamiento.
- Hay un rechazo hacia las personas mayores, menos interés en tratarlas, y una percepción de que los tratamientos no tienen éxito y que tienen peor pronóstico. Finalmente, las personas mayores son tratadas como objetos, con la responsabilidad de su cuidado delegada a la familia, y los profesionales de la salud les gritan, son groseros, los acusan de hacerles perder el tiempo, y los critican por no seguir instrucciones, considerándolos poco cooperativos y carentes de inteligencia. (19)

En el contexto de la enfermería, enfermeros/as y auxiliares de enfermería pueden verse afectados por estas conductas discriminatorias, pudiendo influir negativamente en la moral del personal, la calidad en los cuidados hacia el paciente y la eficiencia operativa de las instituciones de salud. (32)

Comprender los factores que influyen en el edadismo es fundamental a la hora de proponer estrategias efectivas que promuevan un entorno laboral equitativo e inclusivo. Existen diferentes factores a considerar que podrían influir en las conductas edadistas que tiene el

personal de enfermería hacia los pacientes, y estos se pueden dividir en formación y educación, responsabilidades y roles y cultura organizacional y apoyo.

En cuanto a la formación y educación, generalmente, los/as enfermeros/as tienen una mayor formación académica y capacitación en distintas áreas de atención médica. Esta formación podría incluir módulos sobre el trato adecuado a personas mayores, pudiendo así disminuir las conductas edadistas. Los auxiliares de enfermería podrían recibir menos formación formal comparándolos con enfermeros/as y, por ello, podrían estar menos expuestos a la enseñanza sobre el manejo de prejuicios y estereotipos relacionados con la edad. (31)

En cuanto a las responsabilidades y roles, los/as enfermeros/as suelen tener responsabilidades más complejas y autónomas, creando así planes de atención y toma de decisiones clínicas. Esta elevada responsabilidad puede promover una perspectiva más integral del paciente y disminuir los prejuicios basados en la edad. Auxiliares de enfermería, al estar más involucrados en el cuidado y tareas diarias, pueden llegar a desarrollar más fácilmente estereotipos negativos derivados del estrés y la reiteración del trabajo, especialmente si no están debidamente apoyados o formados. (32)

Por último, la cultura organizacional y el apoyo institucional pueden influir en las actividades de ambos grupos. Dependen de la institución que se promueva la inclusión, y la oferta de formación continua para reducir el edadismo en todos los niveles del personal. (33)

Desde el Ministerio de Sanidad se promueve el buen trato y la prevención del edadismo, considerando que es importante la información y concienciación sobre la discriminación, a la vez que sobre sus consecuencias tanto a las personas mayores como a la sociedad en general. Considera que el edadismo produce una serie de efectos a nivel general que pueden ser: (22)

- Estrés cardiovascular, y una disminución de 7,5 años de vida para aquellas personas mayores que tienen actitudes negativas sobre el envejecimiento frente a aquellas con actitudes positivas.
- Riesgo de autoexclusión condicionada por la percepción negativa, ya que puede retrasar la aceptación y realización de adaptaciones en su entorno.

- Perpetuación de creencias estereotipadas sobre la vejez, aludiendo a una menor representación en medio de comunicación y actividades públicas, desencadenando así una invisibilización y ausencia de participación en la acción y toma de decisiones.
- Limitación de acceso al mercado laboral a personas con edad avanzada.
- Dificultad en el acceso a la información y servicios a consecuencia de las nuevas tecnologías, suponiendo una brecha digital.
- Actitudes negativas a la hora de prestar cuidados a largo plazo, limitando los recursos orientados a la patología crónica y perpetuando la atención a la enfermedad aguda. (21)

Asimismo, el Ministerio de Sanidad propone como herramientas para hacer frente al edadismo el comprender el envejecimiento como una etapa más de la vida, reconocer la diversidad de la vejez y la participación informada de personas mayores en la toma de decisiones. (22)

“El edadismo es algo generalizado. A nivel mundial, una de cada dos personas es edadista. En Europa, una de cada tres personas mayores afirma haber sufrido edadismo. La prevalencia del edadismo es mayor en los países de ingresos bajos y medianos.” (8)

3. JUSTIFICACIÓN

El edadismo incluye comportamientos discriminatorios, estereotipos y actitudes negativas hacia las personas mayores. A menudo se confunde erróneamente con sentimientos de ternura o actitudes de sobreprotección, lo cual puede llevar a que se les invalide en todos los aspectos, fomentando prejuicios y estereotipos. (23)

El edadismo en el ámbito de la salud se presenta de diversas maneras, desde actitudes y comportamientos individuales por parte de los profesionales sanitarios hasta prácticas y políticas institucionales. En diversos estudios se encontraron con que los prejuicios contra las personas mayores pueden llevar a una atención médica de menor calidad, subdiagnóstico y subtratamiento de enfermedades serias, y una tendencia a atribuir automáticamente los problemas de salud a la edad avanzada en lugar de buscar causas tratables. Estos sesgos no solo

comprometen la calidad de la atención, sino que también pueden llevar a peores resultados de salud para los pacientes mayores. (24)

Otro estudio notable sobre el edadismo entre los profesionales de la salud y los estudiantes, donde se encuestaron enfermeras, médicos, y estudiantes de salud, fueron sometidos a una encuesta en la que se midieron sus actitudes y percepciones hacia los adultos mayores. Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios que tenían interacciones más frecuentes con personas mayores tenían actitudes menos edadistas en comparación con aquellos que no tenían tanta interacción. (25)

Un estudio sobre las perspectivas y opiniones de los profesionales de la salud hacia la vejez, detectó que la ansiedad por el envejecimiento, el conocimiento sobre el mismo y sus expectativas eran cruciales en la formación de actitudes edadistas entre los profesionales de la salud. Se concluyó en que mejorar el conocimiento de los profesionales sobre el envejecimiento podría paliar las actitudes edadistas y mejorar la atención hacia las personas mayores. (25)

Estos estudios coinciden en la importancia de abordar el edadismo en el ámbito de la salud mediante la promoción de la educación, la sensibilización y la interacción con los adultos mayores para fomentar actitudes más positivas, mejorando así la calidad de la atención hacia este sector poblacional.

Debido al envejecimiento poblacional, es esencial que los sistemas de salud adopten un enfoque equitativo y libre de prejuicios en la atención sanitaria. Para ello, sería necesario conocer, desde diferentes áreas y perfiles sanitarios, en qué medida conocen la existencia del edadismo, cómo son conscientes del mismo, si saben detectarlo o lo implementan en su día a día, etc. Factores como la falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo, o por propias conductas interiorizadas socialmente de manera no consciente pueden dar lugar a estos comportamientos y percepciones hacia las personas mayores.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Estudiar la percepción de los profesionales sanitarios sobre el edadismo hacia pacientes mayores, dependiendo del perfil sanitario, conocimiento recibido sobre edadismo y el tipo de institución y área a la que acuden.

4.2. Objetivos específicos

- Comprobar si el perfil sanitario influye en la percepción que los profesionales sanitarios tienen sobre el edadismo.
- Analizar si hay diferencias en la percepción de los profesionales sanitarios sobre el edadismo en función del tipo de institución y área sanitaria.
- Conocer si la información previa que tienen los sanitarios sobre el edadismo influye en su percepción sobre el edadismo en el ámbito sanitario.

5. HIPÓTESIS

- Los profesionales sanitarios con menos conocimiento sobre el edadismo presentan mayores niveles de conductas edadistas que los profesionales con más conocimiento sobre el edadismo.
- Las áreas sanitarias más vinculadas con los pacientes mayores muestran menor edadismo que el resto de las áreas.
- Enfermeros y enfermeras tendrán menos conductas edadistas que los auxiliares de enfermería.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño del estudio

Se realizará una investigación correlacional en la que se abordará la relación entre cuatro variables: percepción del edadismo sanitario, perfil sanitario, conocimiento sobre el edadismo y área de actuación en la que se encuentran.

En cuanto al perfil de los profesionales sanitarios se estima poder contar con enfermeros/as y auxiliares de enfermería en hospitales y centros sanitarios de Tenerife, que son los perfiles que más tiempo pasan con el paciente.

6.2. Población y muestra

En este proyecto de investigación participarán sujetos pertenecientes al ámbito sanitario. En concreto, profesionales sanitarios con diferentes perfiles profesionales, que tengan distintos niveles de información sobre el edadismo sanitario y que pertenezcan a diferentes tipos de instituciones y áreas sanitarias.

Se realizará un muestreo no probabilístico intencional en el que se seleccionarán las instituciones sanitarias públicas y privadas que permitan acceder a una muestra de aproximadamente 200 profesionales sanitarios que acepten colaborar de forma voluntaria en el estudio y que, además:

- Proporcionen su percepción edadista en función de su tipo de perfil: enfermeros/as y auxiliares de enfermería.
- Informen del tipo de conocimiento que tienen sobre el edadismo sanitario.

Todos pertenecientes a:

- El Hospital Universitario de Canarias: cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años, por ejemplo, urgencias generales.
- CAE La Laguna (San Benito): cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años.
- Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria: cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años.
- Centro de Salud de Los Gladiolos: cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años.
- Hospital del Norte de Tenerife: cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años.

- Centro de Salud de Los Realejos: cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años.
- Hospital del Sur de Tenerife: cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años.
- Centro de Salud El Fraile: cualquier unidad que atienda a personas mayores de 65 años.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Personal sanitario.
- Profesionales de enfermería.
- Profesionales de auxiliar de enfermería.
- Enfermeros, enfermeras y auxiliares de enfermería con diferentes niveles de conocimiento sobre el edadismo.
- Áreas sanitarias a las que acuden más frecuentemente pacientes mayores.

Criterios de exclusión:

- Sanitarios/as en periodo de formación (internos, residentes).
- Profesionales que no aceptan participar en el estudio.
- Sanitarios/a que no atienden a personas mayores.
- Áreas sanitarias que no tienen contacto frecuente con personas mayores.

6.4. Variables e instrumento de medida

Las variables que se tendrán en cuenta en este proyecto de investigación serán las siguientes:

Variables sociodemográficas:

- Edad.

- Sexo.
- Años de experiencia profesional.
- Edad.
- Sexo.
- Años de experiencia profesional.
- Frecuencia de contacto con personas mayores.
- Calidad en el trato hacia pacientes mayores.
- Uso del lenguaje y comunicación.

Variable antecedente: percepción edadista del personal sanitario.

Variabes consecuentes: perfil profesional sanitario, nivel de conocimiento edadista, tipo de institución y área sanitaria.

Como instrumento de recogida se utilizará un cuestionario auto cumplimentado, de carácter anónimo y confidencial, con una primera parte que refleja datos sociodemográficos y otra parte que es el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE, 2005). Se ha adaptado el cuestionario a la muestra que se estima participará en el estudio cuando se implemente.

El cuestionario CENVE (Anexo I) es una herramienta diseñada con el fin de evaluar los estereotipos y examinar las relaciones de dichos estereotipos edadistas con diversos indicadores sociodemográficos y experienciales. Este cuestionario está estructurado en tres partes en el que se analizan las dimensiones de salud, motivacional y de personalidad.

1. Factor salud.
2. Factor motivacional-social.
3. Carácter personalidad.

El cuestionario presenta 15 ítems que ofrece cuatro alternativas de respuesta, en escala tipo Likert, siendo 1 no estar de acuerdo y 4 estar totalmente de acuerdo. La calificación se obtiene

mediante la suma de los puntos obtenidos de cada ítem, refiriéndose a un mayor grado de edadismo o percepción a una mayor puntuación. Por lo que, a mayor puntuación, mayor grado de estereotipos negativos presentará la persona que lo cumplimente.

Se realizará un Alfa de Cronbach para calcular la fiabilidad de este cuestionario en la muestra aplicada. Los expertos avalaron la relevancia y pertenencia de los ítems. Todos los ítems han sido validados en contenido (V de Aiken > 0.75; VI > 0.50). La confiabilidad es favorable (alfa de Cronbach: 0.847; IC al 95%: 0,760 ± 0.913). (34)

6.5. Plan de trabajo y recogida de datos

Fase 1: Revisión bibliográfica y Diseño del estudio

En primer lugar, se realizará una revisión exhaustiva de la bibliografía existente sobre el edadismo sanitario.

Se definirán los objetivos e hipótesis de investigación, lo que ayudará a elaborar el marco teórico, sustento de la investigación. A continuación, se comenzará a preparar el instrumento de medida que permitirá la recogida de datos. Una vez obtenidos estos, se procederá a su análisis estadístico y por consiguiente a la descripción de resultados, así como la confirmación o no de las predicciones planteadas.

Por último, se presentarán las conclusiones del estudio, así como el informe final con los posibles del estudio encontrados y propuestas de nuevas líneas de investigación.

Fase 2: Aprobaciones éticas

Se solicitará autorización del Proyecto de Investigación por parte del Comité Ético y de Investigación del Complejo Hospitalario de Canarias (CHUC), del Hospital Nuestra Señora de Candelaria y demás complejos y centros hospitalarios que se pretenden estudiar, además de presentarlo al Servicio Canario de Salud para pedir su colaboración y difusión (Anexo III).

Fase 3: Recogida de datos

Se enviará a los distintos profesionales un cuestionario y el consentimiento informado, a través de la herramienta digital de Google Forms, que irá precedido de una carta de presentación (Anexo II), donde se informará de la voluntariedad y anonimato de las respuestas, adjunto un consentimiento informado para la solicitud de participación y protección de datos (Anexo IV), así como de un mail de contacto para cualquier duda o incidencia que pudiera surgir. Todo esto previsto a las gerencias y direcciones de cada Centro y/o complejo hospitalario.

6.6. Análisis estadístico

En primer lugar, se obtendrá la fiabilidad del cuestionario que se utilizará para este estudio cuando se implemente, mediante el Alfa de Cronbach.

A continuación, se realizarán los análisis descriptivos de las variables objeto de este proyecto de investigación en el que se presentará la media y la desviación típica de cada una de ellas. Después y mediante la correlación de Pearson se averiguará si existe relación entre las variables: percepción sanitaria sobre edadismo, perfil sanitario, conocimiento sobre el edadismo y tipo de institución y área sanitaria. También se llevará a cabo un análisis factorial entre los factores de los que consta el cuestionario: salud, motivación social y carácter de personalidad. Por último, se llevará a cabo un análisis de regresión simple para averiguar si la percepción del personal sanitario está influida por el tipo de perfil sanitario, su conocimiento sobre el edadismo sanitario, tipo de institución y área de especialización a la que acuden los pacientes mayores de 65 años.

7. CRONOGRAMA

El presente trabajo de investigación tendrá una duración de 9 meses, comenzando en septiembre de 2024 y finalizando en mayo de 2025 (Tabla 3). A su vez, se divide en cuatro etapas:

1ª Etapa: Preparación y planificación

- Definición del proyecto: Establecer los objetivos e hipótesis de investigación. Definir los perfiles profesionales a encuestar, reuniones con el equipo de investigación.
- Revisión bibliográfica: Revisar los estudios previos sobre el edadismo en el ámbito de la salud, recopilar los conceptos, identificar teorías y enfoques metodológicos relevantes.
- Diseño del instrumento de medida: Desarrollar el cuestionario de la encuesta. Preparar el cuestionario en el que se recogerán los datos.
- Planificación logística: identificar y seleccionar los hospitales y centros sanitarios que van a participar, preparar los permisos y recabar las aprobaciones éticas.

2ª Etapa: Presentación del proyecto y difusión de la encuesta

- Presentación: presentar el proyecto a los diferentes hospitales y centros sanitarios participantes.
- Distribución de encuestas: solicitar colaboración para difusión de las encuestas entre los profesionales sanitarios, asegurarse de tener el número suficiente de respuestas para garantizar la fiabilidad de los resultados.
- Recogida de datos: recopilación de datos para analizar con el programa estadístico SPSS versión 27 para Windows.

3ª Etapa: Análisis de datos

- Realización del cuestionario.
- Análisis estadístico de los datos obtenidos.
- Interpretación y redacción de resultados y de las conclusiones de la investigación.

4ª Etapa: Difusión de resultados

- Redacción del informe final: recopilar los resultados del estudio y las recomendaciones de un informe detallado.
- Presentación y publicación: presentación de resultados en congresos y publicación de los hallazgos en revistas científicas.
- Propuestas para futuras investigaciones e incluso proyectos de intervención.

Tabla 3. Cronograma de proyecto de investigación.

MESES / ACTIVIDADES	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
PREPARACIÓN Y PLANIFICACIÓN										
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA										
DISEÑO DE LA ENCUESTA										
REUNIÓN CON EL COMITÉ ÉTICO										
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO										
DIFUSIÓN DE LA ENCUESTA										
RECOPIACIÓN DE DATOS										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										
DIFUSIÓN DE RESULTADOS										

8. RESULTADOS ESPERADOS, APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Tras la aplicación de la investigación prevista se espera obtener unos datos cuantitativos sobre la prevalencia del edadismo en el ámbito sanitario, determinando las percepciones de los profesionales de la salud hacia los pacientes mayores, así como identificando factores demográficos y profesionales que influyen las conductas edadistas.

Se pretende analizar las variaciones en el nivel de edadismo entre diferentes tipos de centros sanitarios, así como entre perfiles profesionales y áreas de trabajo, para poder identificar las especialidades o áreas específicas donde el edadismo es más pronunciado. Se podrá comparar los resultados con estudios previos.

Se espera que el personal sanitario con menos conocimiento sobre el edadismo presente más conductas edadistas que los que tienen más conocimiento sobre ello, que en las áreas donde frecuenten más personas mayores y haya más conocimiento sobre ella, haya menos edadismo que en el resto de las áreas, y que enfermeros/as presenten conductas menos edadistas que los auxiliares de enfermería.

En cuanto a la aplicabilidad, se podrán utilizar los resultados para desarrollar programas educativos y de formación continua a modo de prevención y sensibilización, de tal forma que pueda llegar a regirse dentro de las políticas de salud y normativas que promuevan la igualdad y el trato justo en el ámbito sanitario.

La utilidad práctica pretende aumentar la conciencia entre profesionales de la salud sobre los efectos negativos del edadismo, promoviendo un cambio positivo en las actitudes y prácticas y reduciendo las disparidades en la atención sanitaria. Es de suma importancia mejorar la equidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a la muestra, existe un sesgo de selección, ya que la elección de los centros sanitarios y profesionales participantes podría no ser representativa, limitando así la generalización de los resultados, ya que se limita a recoger datos en algunos centros sanitarios de la isla de Tenerife, no en todos. Además, la participación voluntaria de los profesionales

puede llevar a un sesgo, ya que aquellos que tienen predisposición a participar pueden tener actitudes diferentes en comparación con aquellos que no participan, pudiendo éstos tener reticencias a mostrar su edadismo.

En relación con el cuestionario, las personas participantes pueden responder de forma socialmente deseable en lugar de reflejar actitudes y comportamientos reales. Las diferencias en la interpretación y comprensión de las preguntas del cuestionario pueden afectar la consistencia de las respuestas.

Por otro lado, una muestra insuficiente puede limitar la significación de las diferencias entre las variables y los resultados esperados.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Rueda González, CA. Hacia el envejecimiento exitoso: con sus propias palabras. Politécnico Gran Colombiano. [Internet] 2019 [Consultado 15 Mar 2024]; Disponible en: <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1451>
2. Cortese R. Percepción de salud y bienestar en la vejez. Subj. procesos cogn. [Internet] 2018 [Consultado 17 Mar 2024]; 22 (1): 17-42. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102018000100001&script=sci_arttext
3. Esquivel LR, Calleja AMM, Hernández IM, Medellín M, Paz MT. Aportes para una conceptualización de la vejez. Revista de educación y desarrollo [Internet] 2009 [Consultado 28 Mar 2024]; 11. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
4. INE. Demografía de Europa. [Internet] 2021 [Consultado 15 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/index.html?lang=es>
5. Servicio Canario de Salud. Índice de envejecimiento [Internet] 2023 [Consultado 28 Mar 2024]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=42c9a01c-6faf-11e8-99b0-01f83bae52e6&idCarpeta=3e8f042b-4481-11e8-9d80-a9ef3954dfef#:~:text=En%20Tenerife%20y%20Gran%20Canaria,personas%20mayores%20de%2064%20a%C3%B1os>
6. Guijarro M, Peláez O. La longevidad globalizada: un análisis de la esperanza de vida en España (1900-2050). UCREA [Internet] 2008 [Consultado 15 Mar 2024]; 12: 256-280. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/6535>
7. Kartz D, Braly K. "Racial stereotypes of one hundred college students". The Journal of Abnormal and Social Psychology" [Internet] 1933 [Consultado 4 Abr 2024]; 28(3): 280-290
8. Informe Mundial sobre el Edadismo. Organización Mundial de la Salud [Internet] 2022 [Consultado 28 Feb 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>
9. Chang E, Simon M, Dong X. Elder abuse and its association with ageism: A systematic review. Health Soc Care Community. 2020; 28(4): 1129-1143.

10. Ayalon L, Tesch-Römer C, Wahl HW (Eds.). Ageism: Conceptual and empirical approaches. Springer Nature; 2021.
11. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift HJ. Ageism in Europe: Findings from the European Social Survey. London: Age UK; 2011.
12. Lamont RA, Swift HJ, Abrams D. A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychol Aging*. 2015; 30:180-193.
13. WHO. Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
14. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 83(2): 261.
15. Swift H, Abrams D. The Risks of Ageism Model: How Ageism and Negative Attitudes toward Age Can Be a Barrier to Active Aging. *Soc Issues Policy Rev*. 2017; 11(1):195-231.
16. Kornadt AE, Rothermund K. Contexts of aging: Assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011; 66(5): 547-556.
17. Bodner E, Cohen-Fridel S, Sasson-Levy O. Residential segregation and ageism: The case of age-segregated communities. *J Aging Stud*. 2021; 58.
18. Ayalon L, Tesch-Romer C. Introduction to the section: Ageism, Concept and Origins. *Contemporary Perspectives on Ageism*. [Internet] 2018 [Consultado 28 Mar 2024] 1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>
19. Araújo PO, Soares IMSC, Vale PRLF, Sousa AR, Aparicio EC, Carvalho ESS. Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2023 [Consultado 28 Mar 2024] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4WqDGyPghQp6BvtBzMkjPDb/?lang=es&format=pdf>
20. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older person's health: A systematic review. [Internet] 2020 [Consultado 28 Mar 2024]; 15(1). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220857>
21. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr., Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJPH*. [Internet] 2019 [Consultado 28 Mar 2024]; 109(8): 1-9. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2019.305123>

22. Ministerio de Sanidad. Buen trato y edadismo. [Internet] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/buenTratoEdadismo.htm> [Consultado 28 Mar 2024].
23. De Lemus S, Expósito F. Nuevos retos para la Psicología Social: edadismo y perspectiva de género. Pensamiento psicológico [Internet]. REDALYC 2005; 1(4):33 <https://www.redalyc.org/pdf/801/80112046005.pdf>
24. Levy BR. Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2002;57(5): 203-211.
25. Palsgaard P, Maino Vieytes CA, Peterson N, Francis SL, Monroe-Lord L, Sahyoun NR, et al. Healthcare Professionals' Views and Perspectives towards Aging. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(23): 15870.
26. Shock NW. The biological basis of aging. *Front Med.* 1977; 167-200.
27. Erikson EH. *Childhood and Society.* New York: W.W. Norton & Company; 1950.
28. Merchán E, Cifuentes R. Teorías psicosociales del envejecimiento [Internet]. Asociación Ciceron; 2014 Mar [cited 2024 Jun 24].
29. Instituto Nacional de Estadística (INE). Índice de Envejecimiento [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 24]. Disponible en: <https://ine.es>
30. Blanca MJ, Sánchez C, Trianes MV. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Rev Multidiscipl Gerontol.* 2005; 15: 212-20.
31. Chen S, Shaffer MA. Age stereotypes, and workplace age discrimination: A missing link. *J Manag Psychol.* 2017; 32(6): 569-84.
32. Wilson DM, Harris A, Hirdes JP. Ageism in long-term care: Perceptions of nurses and healthcare aides. *Can J Aging.* 2019; 38(3) 324-337.
33. Levy BR, Macdonald JL. Ageism: A prejudice that diminishes physical and cognitive function. *Geriatr Gerontol Int.* 2016; 16(4): 583-589.
34. González-Salas IC, Juárez-Hernández LG, Gámez-Mier CH. Adaptación y validación de un instrumento para evaluar los estereotipos negativos de la vejez. 2022 [Consultado Jul 5 2024]; 11(42). Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21412>

11. ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la vejez (CENVE, 2005).

SEXO	<ul style="list-style-type: none"> ● Hombre ● Mujer ● Prefiero no decirlo
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ● 18 a 25 años ● 25 a 35 años ● 35 a 55 años ● 55 a 65 años
FRECUENCIA DE CONTACTO CON PERSONAS MAYORES	<ul style="list-style-type: none"> ● Diario ● Frecuente ● Esporádico ● Ninguno
FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y REGLADA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí ● No
¿CONOCES EL TÉRMINO “EDADISMO”?	<ul style="list-style-type: none"> ● Sí ● No
PERFIL PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermero/a ● Auxiliar de enfermería
INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE	<ul style="list-style-type: none"> ● CHUNSC ● HUC ● Centro de salud
SI PERTENECE A CENTRO, ESPECIFIQUE	: _____

ESCRIBA EL ÁREA O ESPECIALIDAD AL QUE PERTENECE	: _____
--	---------

1	La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	1 2 3 4
2	Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.	1 2 3 4
3	Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”.	1 2 3 4
4	La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.	1 2 3 4
5	Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.	1 2 3 4
6	A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.	1 2 3 4
7	La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de salud.	1 2 3 4
8	A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.	1 2 3 4
9	Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.	1 2 3 4
10	La mayor parte de las personas mayores de 65 años	1 2 3 4

	tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.	
11	A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver problemas a los que nos enfrentamos.	1 2 3 4
12	Los defectos de la gente se agudizan con la edad.	1 2 3 4
13	El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez.	1 2 3 4
14	Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.	1 2 3 4
15	La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente “chochean”.	1 2 3 4

Ítems					
FACTOR 1. SALUD (1)	4	7	10	13	1
FACTOR 2. MOTIVACIONAL SOCIAL (2)	5	8	11	14	2
FACTOR 3. CARÁCTER PERSONALIDAD (3)	6	9	12	15	3

ANEXO II. Carta de presentación.

Desde la Universidad de La Laguna se está realizando un estudio con el objetivo de conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre el edadismo hacia pacientes mayores, dependiendo del perfil sanitario, información y formación recibida. Por ello, necesitamos que responda al siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible.

Responda eligiendo en la escala del 1 al 4, donde 1 es “Muy en desacuerdo” y 4 es “muy de acuerdo”.

La confidencialidad para nosotros es prioritaria, es por ello que los datos de este cuestionario se rigen por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y tiene como único fin perseguir la mejora en la calidad de los pacientes y su entorno.

¡Gracias por su colaboración y su tiempo!

ANEXO III. Modelo de solicitud de permiso al Comité Ético para autorizar la investigación: “Edadismo Sanitario. Percepción de los sanitarios en función de su perfil”.

Solicitud de permiso para la investigación:

“Edadismo Sanitario. Percepción de los sanitarios en función de su perfil”.

Investigadora principal: Bibiana Benítez Amaro

A la atención: Comité ético y de Investigación del Complejo Hospitalario de Canarias (CHUC), del Hospital Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), y Servicio Canario de Salud.

Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Enfermería, Ctra. Gral. La Cuesta, s/n, 38320, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Estimados miembros del Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias, del Hospital Nuestra Señora de Candelaria, y Servicio Canario de la Salud.

Mi nombre es Bibiana Benítez Amaro, con DNI: 42243698N, Trabajadora Social y estudiante del Máster de Investigación, Gestión, Calidad y Cuidados de la Salud en la Universidad de La Laguna. Me dirijo a ustedes para solicitar su autorización con el fin de llevar a cabo un estudio sobre el edadismo sanitario y la percepción que tienen los sanitarios en función de su perfil.

El objetivo de este estudio es estudiar la percepción de los profesionales sanitarios sobre el edadismo hacia pacientes mayores, dependiendo del perfil sanitario, información y formación recibida, y el tipo de institución a la que acuden. El edadismo, entendido como la discriminación o los prejuicios basados en la edad, es un fenómeno que puede tener consecuencias significativas en la calidad de la atención brindada a los pacientes mayores. A través de este estudio, busco identificar áreas de mejora y proponer

estrategias para reducir el edadismo en el entorno sanitario.

Para la realización de este estudio, he rescatado el *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la vejez* (CENVE), con algunas modificaciones para aproximarlo al objetivo del estudio. Consta de dos secciones: información demográfica y escala de estereotipos negativos, que se divide en tres factores: Salud, Motivacional social y Carácter personalidad.

La participación en este cuestionario es completamente voluntaria y confidencial. Los datos recopilados serán utilizados exclusivamente con fines de investigación y análisis, y se implementarán medidas estrictas para proteger la privacidad de los participantes, siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Adjunto a esta solicitud se incluye:

1. El cuestionario propuesto para la encuesta.
2. Copia del proyecto de investigación que incluye objetivos y metodología del estudio, entre otros.
3. Una carta de consentimiento informado que los participantes firmarán antes de completar el cuestionario.

Agradecería enormemente su autorización para distribuir este cuestionario entre los profesionales sanitarios de su institución. El contacto con los participantes se realizará vía e-mail, por lo que solicito que se haga divulgación por este medio o me pueda proporcionar los mismos, en el citado correo se informará del estudio y se adjuntará consentimiento informado, así como el cuestionario electrónico, el cual se realizará por medio de la plataforma de Google Form. Se solicita colaboración para su difusión, ya sea a través del tablón de anuncio o algún otro medio de fácil visualización y acceso.

Esta investigación no está influenciada por intereses secundarios del investigador. Espero que sea de su interés y quedo a su disposición para cualquier aclaración que

considerere oportuna.

Correo oficial: alu0101017686@ull.edu.es

En La Laguna, a 2 de julio de 2024.

ANEXO IV. Consentimiento informado de solicitud de participación y protección de datos para la investigación: “Edadismo sanitario. Percepción de los sanitarios en función de su perfil”.

Consentimiento informado.

Solicitud de participación y protección de datos para la investigación: “Edadismo Sanitario. Percepción de los sanitarios en función de su perfil”.

Investigadora Principal: Bibiana Benítez Amaro.

A la atención de profesionales sanitarios del Servicio Canario de la Salud:

Como responsable del estudio, Bibiana Benítez Amaro, Trabajadora Social y alumna del Máster de Investigación, Gestión y Calidad y Cuidados para la Salud, de la Universidad de La Laguna.

- Me ha explicado la utilidad académica de la investigación.
Los datos a compartir son de carácter anónimo y confidenciales para la elaboración de la investigación y se aplicará la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, que en todo momento será de obligación respeta la confidencialidad de todos los datos de carácter personal sobre pacientes/ participantes/ familias y los profesionales a los que tengan acceso para el desarrollo de este proyecto de investigación.
- He decidido participar de forma voluntaria en la realización de dicha investigación.
- Soy consciente de que puedo abandonar el estudio en cualquier momento.
- Acepto las condiciones del estudio.

En _____, a _____ de _____ de 20____ .

Firmado: _____

Datos de contacto:

Nombre y apellidos:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico de contacto: