



ACTITUDES HACIA LA DIVERSIDAD Y NUEVAS ESTRATEGIAS DE GESTIÓN EN LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL SIGLO XXI

Javier Mesas Fernández

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

Actitudes hacia la diversidad y nuevas estrategias de gestión en los Centros Gerontológicos del siglo XXI

JAVIER MESAS FERNÁNDEZ



TESIS DOCTORAL

2024

TESIS DOCTORAL

**Actitudes hacia la diversidad y nuevas estrategias de gestión
en los Centros Gerontológicos del siglo XXI**



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Javier Mesas Fernández

Dirigido por
Dr. Jordi Tous Pallarés
Dra. Ivette Margarita Espinoza Díaz

TARRAGONA
2024



FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat “**Actituds cap a la diversitat i noves estratègies de gestió en els Centres Gerontològics del segle XXI**”, que presenta Javier Mesas Fernández per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament de Psicologia d'aquesta universitat.

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “**Actitudes hacia la diversidad y nuevas estrategias de gestión en los Centros Gerontológicos del siglo XXI**”, que presenta Javier Mesas Fernández para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Psicología de esta universidad.

I STATE that the present study, entitled “**Attitudes towards diversity and new management strategies in nursing homes of the 21st century**”, presented by Javier Mesas Fernández for the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the Department of Psychology of this university.

Tarragona, 21 de febrero de 2024

El/s director/s de la tesi doctoral
El/los director/es de la tesis doctoral
Doctoral Thesis Supervisor/s

Signatura/firma/signature:

Jordi Tous Pallares
Digitally signed by
Jordi Tous Pallares
Date: 2024.02.21
20:09:25 +01'00'

Ddr. Jordi Tous Parllarés

Signatura/firma/signature:

**ESPINOZA DÍAZ,
IVETTE
MARGARITA
(AUTENTICACIÓN)**
Firmado digitalmente
por ESPINOZA DÍAZ,
IVETTE MARGARITA
(AUTENTICACIÓN)
Fecha: 2024.02.19
12:24:17 +01'00'

Dra. Ivette Margarita Espinoza Díaz

"No son nuestras diferencias las que nos dividen.

Es nuestra incapacidad para reconocer, aceptar y celebrar esas diferencias"

Audre Lorde

AGRADECIMIENTOS

Parece mentira haber llegado hasta aquí. El camino no ha sido fácil, sin embargo, no puedo más que sentirme agradecido. Como bien dice la frase atribuida a Walt Disney, “si puedes soñarlo, puedes hacerlo”, los sueños son el inicio de cualquier meta que queramos lograr. Si no soñamos con algo no podremos conseguirlo nunca, en este caso el presente trabajo es un sueño hecho realidad. Es importante que sigamos soñando.

Debo agradecer a todas y cada una de las personas que en algún momento de este viaje “cual camino de baldosas amarillas hacía OZ”, se han cruzado y se han detenido para darme su apoyo, sus consejos y su ánimo. Sin esas personas el camino no hubiera sido posible, y la presente Tesis nunca hubiera llegado a su fin.

Debo realizar una especial mención a mi familia, mi madre María del Valle, mi padre Manuel y mi hermana Tamara. Esas personas que creen ciegamente en ti sin pedir nada a cambio, que creen en lo que haces, y que siempre, están ahí en los malos momentos cuando te caes y te ayudan a levantarte, animándote a seguir. En especial a mi hermana, sin ella, no sería la persona que soy hoy en día.

A mis amigos y amigas, por su apoyo incondicional, consejos, ánimos, e incluso lecturas, en especial a Eugene, y a mis amigos Javier, Christophe, Chema y Ximo.

También quisiera hacer especial mención al Dr. Jordi Tous y a Miguel Ángel Aguilar, los artífices del inicio de este trabajo junto con Miguel

Márquez, socio fundador de Grupo Mimara. Sin ellos nunca hubiera sido posible dar inicio a este proyecto.

De nuevo, agradecer al Dr. Jordi Tous la dirección de este trabajo, junto con la Dra. Ivette Margarita Espinoza. Muchas gracias por las tutorías, los consejos, las revisiones de los trabajos y vuestra ayuda y disposición en todo momento.

Esta tesis se ha llevado a cabo dentro del marco de doctorados industriales de la **Generalitat de Catalunya, Departamento de Empresa y Conocimiento y la Agencia de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación (AGAUR)** del cual se ha recibido financiación. Número de expediente es **2021 DI 49**.

Para el desarrollo del proyecto de doctorado industrial se firmó el convenio de colaboración específico entre la **Universitat Rovira i Virgili y Creixell Mediterránea SLU perteneciente a Grupo Mimara**.

La ilustración incluida en la portada pertenece a la ilustradora **Joanna Rosado**, amablemente cedió la ilustración para poder hacer uso de ella. Para que así conste, se firmó por ambas partes la correspondiente autorización de uso de ilustración (Anexo V).

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	19
2. RELACIÓN DE ABREVIATURAS	25
3. INTRODUCCIÓN	27
CAPÍTULO I: CONTEXTO	35
4. PROBLEMATIZACIÓN.....	36
CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	39
5. MARCO TEÓRICO	40
6. MARCO LEGISLATIVO.....	83
7. MARCO DE INTERVENCIÓN	96
8. DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS	105
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	107
9. MATERIALES Y MÉTODOS	108
10. POBLACIÓN Y LUGAR DEL ESTUDIO.....	115
11. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	116
11.1. Adaptación de la Escala de racismo moderno según el modelo de McConahay (1986) de Navas (1998).....	121
11.2. Adaptación de la Escala de homofobia de Wright et al. (1999) de Pulido et al. (2013)	123
11.3. Adaptación de la Escala de Actitud Religiosa (EAR) (Büssing, 2019).....	125
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	127
12. RESULTADOS Y ANÁLISIS	128

12.1. Análisis de datos.....	155
12.1.1. <i>Medias y desviaciones típicas de todas las variables ...</i>	155
12.1.2. <i>Análisis de comparación de medias.....</i>	157
12.1.3. <i>Análisis de comparación de medias (ANOVA) de todas las variables atendiendo a los rangos de edad.</i>	159
12.1.4. <i>Análisis de correlaciones (r de Pearson) de todas las variables.....</i>	163
12.1.5. <i>Regresión lineal (Múltiple).....</i>	166
12.1.6. <i>Comprobación homogeneidad de los grupos.</i>	167
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	179
13. DISCUSIÓN.....	180
14. CONCLUSIÓN	196
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y LEGISLACIÓN	203
ANEXOS	239
I. Actividades y programas.....	240
II. Carta de presentación de las encuestas	266
III. Cuestionarios utilizadas en el estudio.....	267
IV. Búsqueda revisión sistemática.....	276
V. Autorización para el uso de ilustración	285

Índice de tablas

Tabla 1. Afecciones al término diversidad	44
Tabla 2. Estereotipos identificados en diferentes sectores y entornos ..	51
Tabla 3. Comparativa entre mitos y realidades en torno a las personas mayores	54
Tabla 4. Operatividad del MACP	100
Tabla 5. Niveles de compromiso ético en los Centros Gerontológicos	103
Tabla 6. Cronograma de Gantt.....	114
Tabla 7. Pregunta PICO	119
Tabla 8. Escala CEBM para los artículos incluidos en la revisión.....	130
Tabla 9. Resumen de los estudios incluidos en la revisión	132
Tabla 10. Resumen de los cuestionarios / escalas incluidas en la revisión.....	143
Tabla 11. Descriptivos: medias y desviación típica de las variables....	156
Tabla 12. Comparación de medias y desviación típica por sexos.....	157
Tabla 13. Tabla de comparación de medias por orientación sexual....	159
Tabla 14. Tabla de ANOVA	161
Tabla 15. Tabla de correlaciones (r de Pearson) entre las variables...	165
Tabla 16. Resumen del modelo (Regresión lineal [múltiple])	166
Tabla 17. Regresión lineal (múltiple): ANOVA ^a	167
Tabla 18. Tabla cruzada (sexo * orientación)	167
Tabla 19. Pruebas de chi-cuadrado (sexo * orientación).....	168
Tabla 20. Pruebas de medidas simétricas (sexo * orientación)	168
Tabla 21. Tabla cruzada (edad * orientación).....	169
Tabla 22. Pruebas de chi-cuadrado (edad * orientación)	169
Tabla 23. Pruebas de medidas simétricas (sexo * orientación)	169
Tabla 24. Tabla cruzada (estado civil * orientación)	170
Tabla 25. Pruebas de chi-cuadrado (estado civil * orientación)	170

Tabla 26. Pruebas de medidas simétricas (estado civil * orientación).....	171
Tabla 27 Tabla cruzada (vivienda * orientación).....	171
Tabla 28. Pruebas de chi-cuadrado (vivienda * orientación).....	171
Tabla 29. Pruebas de medidas simétricas (vivienda * orientación).....	172
Tabla 30. Tabla cruzada (edad * sexo)	172
Tabla 31 Pruebas de chi-cuadrado (edad * sexo)	172
Tabla 32. Pruebas de medidas simétricas (vivienda * orientación).....	173
Tabla 33. Tabla cruzada (estado civil * sexo)	173
Tabla 34. Pruebas de chi-cuadrado (estado civil * sexo)	174
Tabla 35. Pruebas de medidas simétricas (estado civil * sexo)	174
Tabla 36 Tabla cruzada (vivienda * sexo).....	174
Tabla 37. Pruebas de chi-cuadrado (vivienda * sexo)	175
Tabla 38. Pruebas de medidas simétricas (vivienda * sexo).....	175
Tabla 39 Tabla cruzada (estado civil * edad).....	175
Tabla 40. Pruebas de chi-cuadrado (estado civil * edad)	176
Tabla 41 Pruebas de medidas simétricas (estado civil * edad).....	176
Tabla 42 Tabla cruzada (vivienda * edad)	176
Tabla 43. Pruebas de chi-cuadrado (vivienda * edad).....	177
Tabla 44. Pruebas de medidas simétricas (vivienda * edad)	177
Tabla 45. Medidas para tener en cuenta para Centros gerontológicos en relación con la diversidad religiosa y diversidad racial.....	241
Tabla 46. Medidas para tener en cuenta para Centros gerontológicos en relación con la sexualidad y la diversidad afectivo-sexual ...	243
Tabla 47. Actividad 1: Cuanto sabemos del MACP	245
Tabla 48. Actividad 2: Cuanto sabemos de ACP los profesionales	247
Tabla 49. Actividad 3: Cuanto sabemos de ACP las familias.....	249
Tabla 50. Actividad 4: Vamos a crear unidades convivenciales.....	251
Tabla 51. Actividad 5: Vamos a crear unidades convivenciales.....	253
Tabla 52. Actividad 6: Vamos a crear unidades convivenciales.....	254

Tabla 53. Actividad 7: Diversidad: igualdad, edadismo, sexualidad, etnicidad, religiosidad y diversidad afectivo-sexual	257
Tabla 54. Actividad 8: Sensibilización sobre la diversidad	261
Tabla 55. Actividad 9: Creación del decálogo de la diversidad	263
Tabla 56. Fases con el fin de garantizar la identificación y selección de los documentos.....	277
Tabla 57. Estrategias de búsqueda con operadores booleanos realizadas.....	280
Tabla 58. Otras estrategias de búsqueda	282

Índice de figuras

Figura 1. Comparación de pirámide poblacional en Europa en 2004 y 2019	30
Figura 2. Evolución de la población española por edades.....	31
Figura 3. Previsión de la evolución de la población española por edades y sexo entre 2000 y 2050	32
Figura 4. Componentes básicos del edadismo	55
Figura 5. Opción de centro o servicio preferida en personas mayores LGBTBI+.....	66
Figura 6. Diversidad afectivo-sexual y extremos.....	73
Figura 7. Intersección entre el envejecimiento y el racismo en la atención médica: una doble desventaja.....	79
Figura 8. Flujograma de la búsqueda bibliográfica.....	129
Figura 9. Gráfico de descriptivos con relación al sexo ($n = 208$).....	152
Figura 10 Gráfico de descriptivos con relación a la orientación sexual ($n = 208$).....	153
Figura 11. Gráfico de descriptivos con relación a la edad ($n = 208$)....	153
Figura 12. Gráfico de descriptivos con relación al estado civil ($n = 208$)	154
Figura 13. Gráfico de descriptivos con relación al tipo de vivienda ($n = 208$).....	155

1. RESUMEN

Marco contextual

La diversidad debe considerarse como una necesidad y una realidad en los centros gerontológicos. La inclusión de todas las personas independientemente de su religión, procedencia, y/o diversidad afectivo-sexual es fundamental para crear un clima de seguridad. Debe abordarse desde todos los niveles; a nivel social, a nivel empresarial y por parte de todos/as los/as trabajadores/as de los centros gerontológicos.

Objetivos

Objetivo general del estudio; analizar, a través de variables psicológicas personales, la actitud hacia la diversidad en futuras generaciones que puedan asistir a centros gerontológicos. Se establecieron una serie de objetivos específicos: examinar las relaciones entre discriminación por razón de religión, etnicidad y diversidad afectivo-sexual (OE1); comprobar la necesidad de implantación de un plan de intervención en relación con la diversidad en los centros gerontológicos (OE2); Sistematizar la información publicada sobre la diversidad en relación con las personas mayores (OE3); y por último, realizar un plan de intervención en relación con la diversidad para los centros gerontológicos gestionados por Mimara Residencial SLU (OE4).

Método

Se trata de un estudio realizado mediante dos técnicas; la revisión sistemática y la técnica de recogida de información. En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura con relación a la diversidad y las personas mayores utilizando la aproximación PRISMA (Preferred

Reporting of Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). En segundo lugar, se desarrolló una revisión de los instrumentos que evalúan la diversidad en relación con las personas mayores, utilizando el mismo método anteriormente mencionado. En cuanto a la técnica de recogida de información se procedió a través de encuestas y cuestionarios mediante la administración de los cuestionarios escogidos. Se llevó a cabo la realización y ejecución a través de cuatro cuestionarios cerrados: obtención de datos sociodemográficos; la escala de racismo moderno de McConahay (1986); posteriormente, la escala de homofobia de Wright et al. (1999); y en último lugar, la escala de actitud religiosa que atiende a las escalas de cristianismo, judaísmo, hinduismo e islam propuestas por Francis et al. (2008). En cuanto a los análisis estadísticos, se empleó SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences) para obtener algunas de las propiedades psicométricas de los ítems y el Análisis Factorial Exploratorio.

Resultados

Durante la revisión sistemática de la literatura, se destaca la diversidad en las personas mayores como una necesidad, la cual hay que intervenir desde un enfoque multidisciplinario y siendo necesaria la gestión desde el Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP). Cabe destacar también la importancia de la formación en los profesionales sobre diversidad, ya que se evidencia la falta de capacitación (Daley et al., 2020). Se señala la importancia del ámbito sanitario, ya que la atención puede ser un factor de deterioro de la salud y la calidad de vida (Fredriksen-Goldsen et al., 2023). Se puede apreciar cómo, a través de la prueba t de Student para muestras independientes reveló una diferencia significativa basada en el género de los participantes. Los participantes hombres obtuvieron una puntuación

mayor total en la escala de homofobia, racismo y actitud religiosa (HST [$t = 2,773$; $p = ,007$], RMAAT [$t = -2,407$; $p = ,042$], y ART [$t = -,273$; $p = ,785$]), lo que sugiere niveles más altos de intolerancia hacia la diversidad por parte de los hombres que de las mujeres. Con relación a las correlaciones (prueba r de Pearson) se puede establecer que a mayor homofobia también existe un mayor racismo ($r = -,435$; $p < ,001$), en cuanto a la religión se observó que a mayor comportamiento/afecto negativo hacia las personas homosexuales había una mayor aceptación de la actitud hacia la religión ($r = -,395$; $p < ,01$).

Conclusiones

Se considera esencial el MACP como modelo de gestión en los centros gerontológicos, realizando intervenciones donde el epicentro sea la persona y sus necesidades, trabajando el concepto de diversidad desde la interseccionalidad para mejorar la atención y la calidad de vida. Para ello, se plantea un esbozo de intervención con diferentes fases y objetivos desde este modelo de atención, junto con la creación de espacios y la formación. Los resultados tienen importantes implicaciones en la investigación con relación a la diversidad, la discriminación se confirma que no es un aspecto generacional único de los nacidos en 1958 o previamente. Estos resultados tienen implicaciones directas en los centros gerontológicos actuales que deben abordar la diversidad tanto desde la intervención como en la prevención y la formación. Con este estudio se pretende realizar una primera prospección para continuar con una investigación mayor junto con la validación de una escala de actitudes hacia la diversidad desde la interseccionalidad.

Palabras clave: actitudes, diversidad, racismo, homofobia, persona mayor, modelo de atención centrado en la persona.

ABSTRACT

Contextual Framework

Diversity should be considered both a necessity and a reality in nursing homes. The inclusion of all individuals regardless of their religion, background, and/or affective-sexual diversity is crucial for creating a climate of safety. It must be addressed across all levels, at the social level, within the business sphere, and by all workers in nursing homes.

Objectives

General objective of the study; to analyze, through personal psychological variables, attitudes towards diversity in future generations that may attend nursing homes. Several specific objectives were established; to examine the relationships between discrimination based on religion, ethnicity, and affective-sexual diversity (OE1); to verify the need for the implementation of an intervention plan regarding diversity in nursing homes (OE2); to systematize published information on diversity concerning older adults (OE3); and finally, to develop an intervention plan regarding diversity for nursing homes managed by Mimara Residencial SLU (OE4).

Method

This study was conducted using two techniques: systematic review and the technique of information collection. First, a literature review was conducted regarding diversity and older adults using the PRISMA approach (Preferred Reporting of Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). Secondly, a review of instruments assessing diversity in relation

to older adults was carried out using the same method as mentioned above. As for the information collection technique, surveys and questionnaires were administered through the chosen questionnaires. This involved the execution of four closed questionnaires: obtaining sociodemographic data; the Modern Racism Scale by McConahay (1986); subsequently, the Homophobia Scale by Wright et al. (1999); and finally, the Religious Attitude Scale which addresses Christianity, Judaism, Hinduism, and Islam proposed by Francis et al. (2008). Statistical analyses were conducted using SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences) to obtain some psychometric properties of the items and Exploratory Factor Analysis.

Results

During the systematic literature review, diversity among older adults was highlighted as a necessity, which needs to be addressed from a multidisciplinary approach, and management from the Person-Centered Care Model (PCCM) is necessary. The importance of training professionals on diversity is also emphasized, as evidence suggests a lack of training (Daley et al., 2020). The significance of the healthcare domain is noted, as care can be a factor in health deterioration and quality of life (Fredriksen-Goldsen et al., 2023). Through the independent samples Student's t-test, a significant difference based on participants' gender was observed. Male participants scored higher overall on the homophobia, racism, and religious attitude scales (HST [$t = 2.773$; $p = .007$], RMAT [$t = -2.407$; $p = .042$], and ART [$t = -.273$; $p = .785$]), suggesting higher levels of intolerance towards diversity among men than women. Regarding correlations (Pearson's r test), it was established that greater homophobia also corresponds to greater racism ($r = -.435$; $p < .001$). As regards

religion, it was observed that greater negative behavior/affect towards homosexuals was associated with greater acceptance of attitudes towards religion ($r = -.395$; $p < .01$).

Conclusions

The Person-Centered Care Model is considered essential as a management model in nursing homes conducting interventions where the individual and their needs are at the center. Thus, working on the concept of diversity from intersectionality to improve care and quality of life. To achieve this, a draft intervention with different phases and objectives from this care model is proposed, along with the creation of spaces and training. The results have significant implications in research regarding diversity. Discrimination is confirmed not to be a generational aspect unique to those born in 1958 or earlier. These findings have direct implications in current nursing homes that must address diversity both in intervention and in prevention and training. This study aims to conduct an initial exploration to continue with further research along with the validation of a scale of attitudes towards diversity from an intersectional perspective.

Keywords: attitudes, diversity, racism, homophobia, older adult, person-centered care model.

2. RELACIÓN DE ABREVIATURAS

ACP	Atención Centrada en la Persona
AGS	Sociedad Americana de Geriatría
ART	Escala de actitud religiosa
AVD's	Actividades de la vida diaria
CALD	Culturally and Linguistically Diverse
CCAA	Comunidades Autonomas
CEBM	Centre for Evidence Based Medicine
CEIPSA	Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente
DCM	Dementia Care Mapping
DUREL	Duke University Religion Index
EAH-10	Escala de actitud hacia la homosexualidad de 10 reactivos
EAR	Escala de Actitud Religiosa
EBR	Escala Breve de Religiosidad
HS	Homophobia Scale
HST	Escala de homofobia
IDEA	Innovations in Dementia Empowerment and Action
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRRS	Index of Race-Related Stress
ISESS	Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios
LGTBI+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales y otras formas de diversidad afectivo-sexual
LTCF	Long-Term Care facilities
MACP	Modelo de Atención centrado en la Persona
MCS	Modelo Centrado en el Servicio
MHS	Modern Homophobia Scale
MHS	Modern Homonegativity Scale

MHS-G	Modern Homophobia Scale - Gay (Modern Homonegativity Scale)
MHS-L	Modern Homophobia Scale - Lesbian (Modern Homonegativity Scale)
MRS	Modern Racism Scale
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
P-CAT	The Person-Centered Care Assessment Tool
PEDQ	Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire
PEDQ-CV	Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire-Community Version
PELI	The Preferences for Everyday Living Inventory
PICO	Paciente o Problema, Intervención, Comparación y Resultado (Outcomes)
PRISMA	Preferred Reporting of Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis
PRS	Perceived Racism Scale
RAE	Real Academia Española
RCT	Ensayo Controlado aleatorio
RMAT	Escala de Racismo
ROS	Religious Orientation Scale
SCUEQS	The Special Care Unit Environmental Quality Scale
SGM	Sexual and Gender Minority
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TESS-NH	The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes
UDP	Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia humana Adquirida

3. INTRODUCCIÓN

Existe la suposición social que la generación que actualmente está en edad de acudir a centros gerontológicos es la menos tolerante en cuanto a diversidad; ya sea en cuanto a multiculturalidad, coexistencia de varios tipos de religiones o las nuevas formas de diversidad afectivo-sexual. A raíz de este discurso mayoritario se entiende que esta situación es temporal, y como consecuencia desde los servicios gerontológicos únicamente se realizan intervenciones puntuales y no generales, a consecuencia de ello, tampoco se realizan programas o proyectos enfocados en la prevención. No sabemos si dicha suposición en relación con las actitudes hacia la diversidad es cierta o no. ¿Las generaciones más alejadas a la posibilidad de acudir a centros gerontológicos son más tolerantes? Esta pregunta es el eje central del presente estudio, en el cual se pretende evidenciar si realmente este discurso es real o no, y si existe la necesidad de realizar un plan para los centros gerontológicos de carácter preventivo, y no únicamente de intervención, a través del modelo de gestión de la Atención Centrada en la Persona (ACP) desde la igualdad.

La diversidad como término abarca un significado amplio que supone el reconocer y aceptar a los demás sin juzgar la procedencia, creencias, orientación sexual y/o identidad, entre otros. En este sentido podemos decir que, de alguna manera, todas las personas son susceptibles de ser clasificadas y/o jerarquizadas en base a algún aspecto que a nivel personal le haga diferente al resto. En base a esto, y de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, las cualidades de cada ser humano son un derecho innegociable, ya que basan sus principios en la dignidad como personas, la libertad no puede depender de ningún

acuerdo (Cancio, 2012). La diversidad está presente en todas las etapas de la vida de un ser humano y puede reconocerse desde la niñez hasta la vejez. Según el Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España (Muniesa et al., 2022), la cifra total de “delitos e incidentes de odio” a lo largo de 2022 asciende a un total de 2.040 hechos, lo que supone un aumento del 8,86% en relación con 2021; 528 casos con relación a la orientación e identidad de género (25,90% en la distribución porcentual de los hechos conocidos), 45 casos en relación a las creencias o prácticas religiosas (2,20% en la distribución porcentual de los hechos conocidos) y 892 casos en relación por razón de racismo/xenofobia (43,70% en la distribución porcentual de los hechos conocidos). Estos datos evidencian la necesidad de intervenir en el ámbito de la diversidad.

En cuanto a las personas mayores, en las victimizaciones del grupo de edad de “mayores de 65 años” y “ámbito y tipología delictiva”, se observa que en el sexo masculino destaca el ámbito de “ideología” y en el sexo femenino “discriminación generacional” (Muniesa et al., 2022). El aumento de la esperanza va en ascenso y, además, en un espacio relativamente breve de tiempo los centros gerontológicos tendrán un aumento considerable de ingresos a causa de la generación de los años 70, denominada “baby boom”. El número de personas mayores de 65 años ha ido aumentando de manera exponencial en los últimos años y se prevé que triplique la cifra en el año 2050 (Benítez, 2017).

Ya mencionado anteriormente, el envejecimiento es un proceso que se ha generalizado a la gran mayoría de los países del globo, y que, además, la población mayor de 65 años es un grupo de población que está creciendo a un ritmo mayor que el resto. Según datos del informe “Perspectivas de la población mundial 2019” de las Naciones Unidas, se

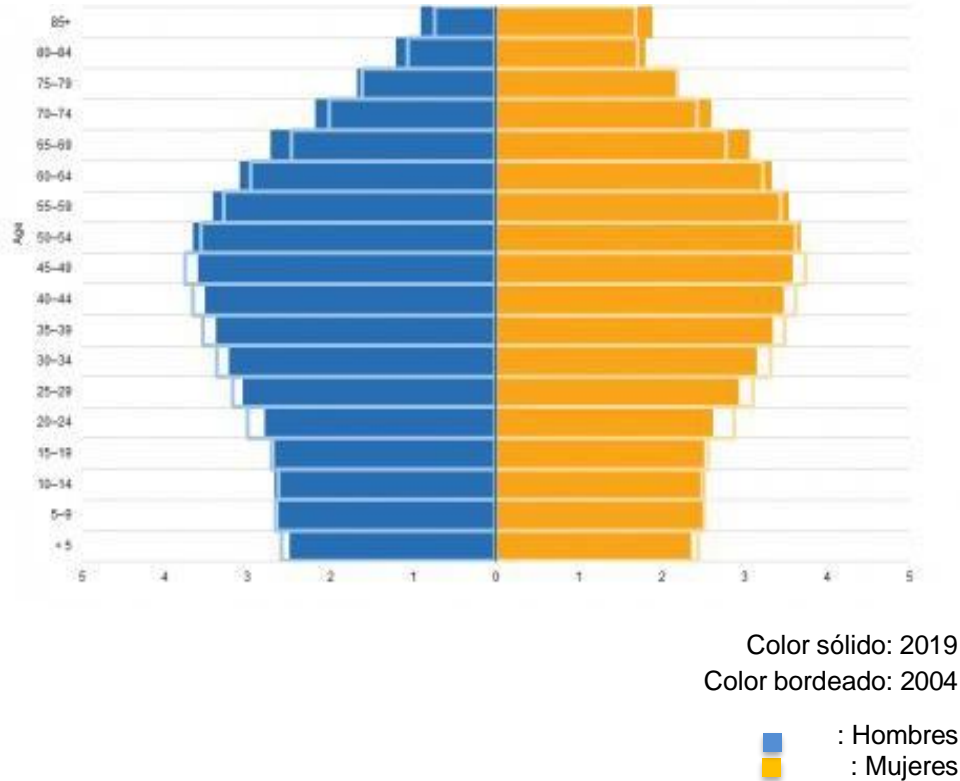
prevé que una de cada seis personas, pertenecerá a población mayor de 65 años para el año 2050, cuando, en ese mismo año, era una de cada once (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019).

A nivel europeo se percibe una inversión de la pirámide de la población. Se produjo un aumento de la natalidad tras el fin de la segunda guerra mundial, donde nació una generación que ha sido denominada Baby Boomer, son personas nacidas entre 1945 y 1964, está la generación, traducido al español como “niños de la posguerra”, son los nacidos en España en los años que van de 1946 a 1964 (González, 2020).

Si se comparan el año 2004 con el 2019 (Figura 1), se aprecia como la población perteneciente a esta generación está envejeciendo, aumentando la pirámide de población en su parte más superior, que, junto con el descenso de la natalidad, se va estrechando en la base. De esta manera, en los países europeos, hay una tendencia al envejecimiento, donde se prevé un aumento para el año 2026 sea de 449,3 millones de personas (Eurostats, 2020).

Figura 1

Comparación de pirámide poblacional en Europa en 2004 y 2019



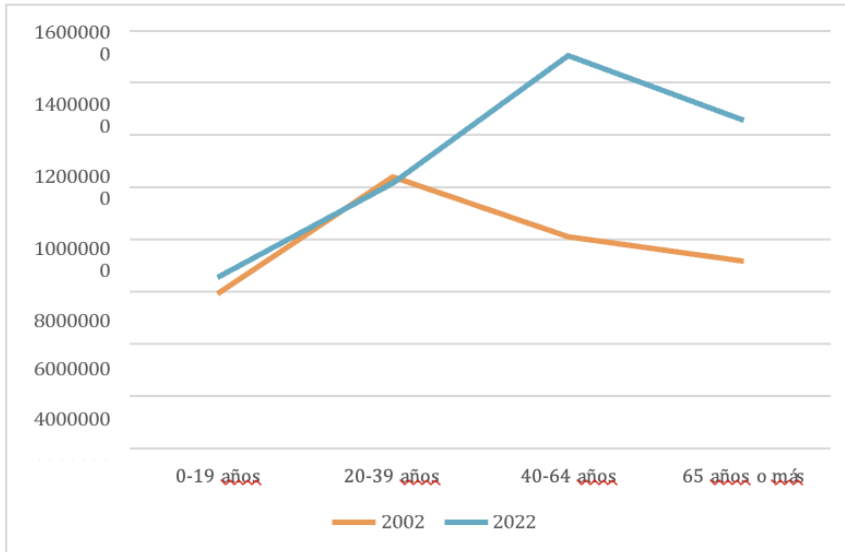
Fuente: extraído de Eurostat (2020)

Algo similar ocurre a nivel nacional. La población mayor de 65 años en el año 2012 era del 17,36%, en 2022, creció hasta el 20,08%, y con unas proyecciones de población para el año 2037 del 26% (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023). Igualmente, el fenómeno Baby Boom en España está teniendo sus efectos actualmente, donde las personas de esta generación están en edad de jubilación dejando su huella en la pirámide poblacional (INE, 2023). Si se comparan dos periodos con 20 años de diferencia (Figura 2) se aprecia la diferencia de

cantidad de población en personas mayores de 65 años en la población española.

Figura 2

Evolución de la población española por edades



Fuente: extraído de INE (2023)

Se prevé un cambio demográfico poblacional en el futuro, invirtiendo la pirámide de población (Figura 3).

En este escenario de envejecimiento generalizado, y centrandó la atención en España, comienzan a sentirse las consecuencias desde hace ya algunos años. Este proceso no solo influye a nivel individual, sino que tiene unas consecuencias a nivel demográfico, y con ello, influye en el ámbito social, económico o político de nuestro país.

Figura 3

Previsión de la evolución de la población española por edades y sexo entre 2000 y 2050



Fuente: extraído de Rodríguez (2005)

A cerca del envejecimiento en los centros se plantean diversas intervenciones en relación con la calidad en el envejecimiento. El envejecimiento activo es una forma de promover la calidad de vida en el adulto mayor, sin embargo, no se puede crear un solo concepto, pues existen distintos tipos de estilos de vida que cada persona está experimentando, es necesario ofrecer un concepto más inclusivo sobre el envejecimiento, que acepte y adopte la diversidad en todas sus formas, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la persona, y no solo desde el punto de vista económico.

Es importante ampliar el modelo de envejecimiento activo, esta acción debe ir de la mano con un esfuerzo para realizar acciones y actividades donde se resalten y se potencien las diferencias propias de cada ser humano (Villar et al., 2018).

El envejecimiento diverso es un fenómeno necesario de tratar y discutir ya que plantea una serie de retos y desafíos que precisan de tratamiento en las nuevas realidades dentro de los centros gerontológicos. Se destaca la importancia de estudiar el fenómeno desde una visión integral debido a los retos, oportunidades, transformaciones y preocupaciones que supone dicho fenómeno en la sociedad. En este punto nace la necesidad y la importancia de analizar las variables psicológicas personales y grupales en relación con la actitud hacia la diversidad de generaciones cercanas a la asistencia a centros gerontológicos y de esta forma, saber la actitud hacia la diversidad en relación con la religión, racismo y diversidad afectivo-sexual.

El propio proceso de envejecimiento acarrea una serie de creencias, mitos, prejuicios, políticas y percepciones donde se plantea la necesidad de profundizar sobre el tema (Sánchez et al., 2019). La presencia creciente de personas mayores a nivel mundial se ha considerado un logro social, pero a la vez implica un desafío, el del envejecimiento saludable, quedándose atrás la creencia de que es una excepción y un privilegio, incluyendo todo tipo de diversidades, para pasar a ser una oportunidad. La diversidad debe considerarse como una necesidad y una realidad en los centros. La inclusión de todas las personas independientemente de su religión, procedencia, y/o orientación sexual es fundamental para crear un clima de seguridad.

La discriminación debe abordarse desde todos los ejes, a nivel social, a nivel empresarial y por parte de todos/as los/as trabajadores/as de los centros gerontológicos. Pero ¿la sociedad está preparada para convivir junto con las nuevas diversidades en los centros gerontológicos?

Teniendo en cuenta este contexto, el objetivo del presente estudio es analizar, a través de variables psicológicas personales, la actitud hacia la diversidad en futuras generaciones que puedan asistir a centros gerontológicos.

CAPÍTULO I: CONTEXTO

4. PROBLEMATIZACIÓN

En relación con las personas mayores, la diversidad es un concepto clave para entender y abordar adecuadamente las necesidades y realidades de esta población. Las personas mayores no son un grupo homogéneo, sino que presentan una gran variedad en cuanto a sus características y necesidades. Algunas personas mayores son activas y saludables, mientras que otras pueden tener diversidad funcional y/o cognitiva. Además, las personas mayores también presentan entre ellas diferencias culturales, económicas, sociales, género, orientación afectivo-sexual, etc. Del mismo modo que el resto de la población.

El término diversidad hace referencia a la presencia de personas con diferentes características físicas, sociales y personales en un grupo u organización. Estas características son, entre otras, raza, etnia, edad, sexo, identidad sexual, religión, capacidad física y mental, idioma, ingresos y formación. El concepto que cada uno tenga de la diversidad está vinculado a las experiencias vividas sobre la misma, a los propios valores y perspectivas sociales, políticas, educativas, etc. (Nash, 2001). La diversidad de la población mayor es un factor clave para poder ofrecer servicios y una atención adapta a las necesidades individuales de cada persona. El Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP) es especialmente relevante en este sentido, ya que promueve la personalización y adaptación de los servicios y atención a las necesidades y preferencias individuales de cada persona.

El envejecimiento de la población es una tendencia mundial y los países de ingresos medios y bajos muestran un crecimiento más rápido en las personas mayores de 60 años (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2016).

Esta tendencia no es el único factor a tener en cuenta. En relación con la diversidad de las personas existen diversos prejuicios, estereotipos y discriminación, cuando estos se vinculan a las personas mayores se denomina edadismo. Este término se relaciona tanto con las personas mayores como con el propio concepto de envejecimiento, limitando la visibilidad de la diversidad y la heterogeneidad de las personas mayores. Existen numerosos conceptos de edadismo, resumiéndose como la forma de pensar “estereotipos”, sentir “prejuicios” y actuar “discriminar” respecto a las personas mayores (OMS, 2021).

Por todo lo anteriormente mencionado, cada vez más personas mayores diversas acudirán a centros gerontológicos, es por ello por lo que existe la necesidad de trabajar a través de la diversidad como base. Cada vez más personas, de diferentes características y necesidades precisarán de recursos específicos y un lugar donde experimentar bienestar, sin importar sus diferencias. Sentirse como en casa es un derecho, no una opción.

Ante los cambios tanto a nivel institucional como a nivel social se desarrolla un análisis de la situación actual en relación con las actitudes hacia la diversidad y su relación con los modelos de gestión de calidad actualmente implantados.

CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

5. MARCO TEÓRICO

Institucionalización de las personas mayores

El proceso de envejecimiento es complejo y heterogéneo, se ve influenciado por aspectos sociales y culturales. Por lo que se puede afirmar que existen grandes diferencias entre una persona que envejece en su comunidad, rodeado de su familia, relaciones sociales y en su hogar, a una persona que se encuentre institucionalizado y más alejada de su entorno (Espin-Lorite et al., 2017). Según Carpena (2015), en Europa de un 2% a un 19% de personas mayores de 80 años conviven en centros residenciales. La gran mayoría prefiere pasar su vida en su domicilio (9 de cada 10 personas) y, por otra parte, en menor medida optan por las residencias (3,80%), por convivir en casa de sus familiares o hijos (5,50%) o alternativas de convivencia con otros mayores (1,80%).

Todo el proceso de institucionalización es muy importante, y no solo el momento del ingreso, también todo el proceso de preingreso y como se perciba el cambio. Se debe prestar especial atención a dicho proceso con atención, dedicación y cuidado junto con la persona. De cara a un ingreso de calidad, ya sea de índole residencial o centro de estancia diurna, se deberán realizar intervenciones donde el foco central sea la persona, previniendo factores de riesgo como puedan ser episodios de estrés y/o ansiedad ante el cambio, fomentando el bienestar psicológico y atendiendo a su salud de una forma holística. Incidiendo no solo en los procesos relacionados con la salud física, también atendiendo al bienestar psicológico y social.

Esta forma de entender las instituciones gerontológicas va muy unida a nuestra propia concepción sobre la familia y el cuidado. No podemos

obviar que somos una cultura en la cual el cuidado queda muy relegado, en ocasiones por obligación, a las familias. No hacerlo, puede conllevar sentimientos como la culpabilidad. Las instituciones poco a poco están cambiando, es por ello por lo que cada vez se contemplan menos como “un lugar de cuidado” y empiezan a ser “un lugar donde vivir”. Por lo general, todas las personas mayores que tienen la necesidad de permanecer en un centro residencial se someten a un proceso de cambios y rutinas, que en muchas situaciones puede provocar aislamiento, supresión de la identidad, pérdida de la intimidad, limitación de la movilidad, incremento de la dependencia o información deficiente, provocando una respuesta por parte de los usuarios/as negativa hacia la adaptación. Este tipo de situaciones puede provocar una respuesta no adaptativa del usuario a la residencia (Espin-Lorite et al., 2017).

Actitudes

El concepto de actitud se puede considerar como un constructo psicológico fundamental, ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas como con la psicología, la sociología, el trabajo social, la antropología, entre otras. Según Allport (1954), la actitud se define como un estado de disposición o predisposición mental aprendida y nerviosa para responder de manera consistente a una categoría de objetos o situaciones. Además, destacó la importancia de las actitudes como determinantes del comportamiento. Por lo tanto, la actitud como constructo implica una combinación de componentes (cognitivo, afectivo y conductual), que influyen de forma directa en como las personas perciben y responden a estímulos específicos en su entorno.

Según Vallenrand (2006) las actitudes adquieren un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción, el cual puede llegar inclusive a

influenciar la percepción que se posee de una determinada situación y las cogniciones relacionadas. La actitud es un fenómeno complejo, la comprensión de sus múltiples dimensiones y tipos, junto con la influencia en el comportamiento de las personas sigue siendo un área de investigación actual, con implicaciones directas en diversas disciplinas.

Diversidad

Según la Real Academia Española (RAE, 2023), la diversidad se puede definir como “*variedad, desemejanza, diferencia*”. Como se puede apreciar, el término hace referencia a un gran abanico de posibilidades, que bien pueden estar interrelacionadas. El propio concepto de diversidad, por lo tanto, refiere a la amplitud de características que posee cualquier ser humano, lo que los hace únicos e irrepitibles en su conjunto dentro de la sociedad. Algo, por lo tanto, aplicable a cualquier persona. Estas características incluyen, entre otras, la etnia, la religión, la discapacidad y el género, entre otros aspectos. Por lo tanto, la diversidad se puede definir como un fenómeno natural innato del ser humano.

La diversidad refiere al enfoque de la igualdad que persigue celebrar las diferencias entre las personas (Klein, 2016). La diversidad afectivo-sexual en cambio, hace referencia a las diferentes formas de expresar la afectividad, el deseo, las prácticas eróticas y/o amorosas. Es decir, a todas las posibilidades de aceptar, asumir y vivir la afectividad y la sexualidad, ya sea a personas del mismo sexo, del contrario o a ambos (Morales-Rodríguez, 2021).

Teorías que se aproximan al concepto de diversidad:

- Teoría de la complejidad: esta teoría postula que el mundo es complejo y está compuesto por múltiples sistemas interconectados, lo que implica una diversidad de elementos y perspectivas que deben ser considerados para entender la realidad de manera completa (Pérez y Setién, 2008).
- Teoría de la interseccionalidad: esta teoría sostiene que las identidades de las personas se construyen de manera interrelacionada y que la discriminación y la opresión se producen cuando se intersecan distintas formas de opresión (como la edad, el género, la raza, la orientación sexual, la clase social, etc.) (Crenshaw, 1989).
- Teoría del reconocimiento: esta teoría se enfoca en la importancia del reconocimiento de la diversidad cultural, identitaria y lingüística de las personas y en la lucha contra la discriminación y la exclusión social (Taylor, 1994).
- Teoría del capital humano: esta teoría se centra en la importancia de la diversidad en el contexto laboral, ya que se considera que las empresas que fomentan la diversidad en su personal pueden tener mayores ventajas competitivas (Becker, 1964).
- Teoría del desarrollo humano: esta teoría enfatiza la importancia de considerar la diversidad de contextos, experiencias y necesidades de las personas para su desarrollo óptimo (Bronfenbrenner, 1979).

Según el Diccionario de la Lengua Española (2023), el concepto de diversidad tiene correlación con los términos diferencia, desigualdad y

desigual. A continuación (Tabla 1), se desarrolla una tabla a modo de resumen según las afecciones en torno al término diversidad.

Tabla 1

Afecciones al término diversidad

Diversidad	1. Variedad, desemejanza, diferencia.	Diverso
	2. Abundancia, gran cantidad de varias cosas distintas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De distinta naturaleza, especie, número, forma, etc. 2. Desemejante. 3. Varios o muchos.
		Distinción
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción y efecto de distinguir o distinguirse. 2. Diferencia por la cual una cosa no es otra, o no es semejante a otra. 3. Prerrogativa excepción y honor concedida a alguien.
Diferencia	1. Cualidad o accidente por el cual algo se distingue de otra cosa.	Desigualdad
	2. Variedad entre cosas de una misma especie.	1. Cualidad de desigual.
	3. Controversia,	Desigual
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Que no es igual. 2. Diverso, variable.

Fuente: adaptado de Diccionario de la Lengua Española (2023)

Edadismo

Los estereotipos son ideas apriorísticas, sesgadas y no contrastadas con la realidad, hacia una persona en razón a su pertenencia a un colectivo con características supuestamente homogéneas (Cuddy y Fiske, 2002). Los estereotipos tienden a funcionar como esquemas que pueden influir sobre los comportamientos de las personas que los sostienen, en una suerte de efecto Pigmalión o profecía autocumplida que favorece actitudes injustas e incluso discriminatorias más sustentadas en estas ideas preconcebidas que en la realidad. Según la Real Academia Española (RAE, 2023) el estereotipo es *“una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable”*. Por lo tanto, el estereotipo es una idea o imagen, que puede ser positiva o negativa y que esta aceptado en la sociedad.

En cuanto a los prejuicios, estos se distinguen de los estereotipos porque generalmente conllevan una connotación negativa. Según RAE (2023), el término prejuicio se puede definir de la siguiente forma: *“Opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal.”*

En relación con los estereotipos con relación a las personas mayores tenemos el término edadismo. El término edadismo (ageism) fue acuñado por Butler (1969), este hace referencia a los estereotipos hacia un individuo solo por tener una determinada edad. El edadismo implica atribuir a una persona características de diverso tipo (estado de salud, rasgos de personalidad, estilos de comportamientos) únicamente por el hecho de ser mayor. Los estereotipos hacia las personas mayores son ciertamente ambivalentes, dado que la percepción social de la vejez puede contener algunos atributos positivos, como el prestigio y la sabiduría, pero la imagen de las personas mayores se rige principalmente

por características negativas, relacionada con enfermedades físicas y mentales, discapacidad, falta de interés y de motivaciones vitales, desvinculación social, inactividad o inutilidad (Cuddy y Fiske, 2002). El edadismo como efecto social no es algo específico de nuestro país, es decir, no depende de la población, las actitudes negativas hacia el envejecimiento son universales y no específicos de culturas o regiones particulares (Officer et al., 2020).

Es importante recalcar que el término edadismo nos afecta en todas las edades. El desarrollo del edadismo se va realizando conforme pasan los años, es decir, un/a niño/a viene a ser consciente de acuerdo con la cultura donde el crece, esto viene a ser causante de múltiples consecuencias entre ellas el aislamiento social, la soledad y la muerte. Es por ello por lo que encontramos que el edadismo, los estereotipos y los prejuicios cambian según nuestra procedencia, religión, cultura, educación, etc.

La argumentación de los estereotipos genera una reacción exagerada de la personalidad en la persona, lo que se fundamenta con una teoría simple con relación a la internalización a lo largo de la vida, denominada la operabilidad inconscientemente de un individuo a otro (Levy, 2009). Sin embargo, debería ser una preocupación de salud pública en el sistema de salud, siendo un punto importante de discusión en el desarrollo de un envejecimiento saludable (Keating et al., 2021), necesario no solo a la hora de crear estrategias, sino también a la hora de crear indicadores y políticas de intervención con el fin de erradicar las desigualdades.

Según Butler (1969), el término edadismo consta de tres aspectos:

- Las actitudes hacia las personas mayores, la edad avanzada y el proceso de envejecimiento (creer que son una carga para la sociedad);
- Prácticas discriminatorias hacia estas personas (tomar decisiones por ellas); y
- Políticas y prácticas institucionales que contribuyen a perpetuar estos estereotipos (limitar el acceso a determinados tratamientos).

No obstante, la discriminación por edad no afecta de la misma manera a todas las personas mayores. Es más probable cuando la edad avanzada va asociada a determinadas características sociales, como la escasez de recursos económicos y culturales, el género y/o la etnia, los cuales son tomados como principales símbolos de los estereotipos.

Además, la influencia del edadismo en la salud es mayor en países menos desarrollados, entre quienes tienen una raza minoritaria y menor nivel educativo, es aún mayor. Si bien es cierto, puede afectar a cualquier edad, pero las peores consecuencias afectan a los adultos mayores, entre los que es generalizada la exclusión de acceso a oportunidades en educación, empleo, vivienda, transporte, atención médica, servicios sociales o legislación. Además, hay enfermedades, afecciones mentales y neurodegenerativas, que con frecuencia se normalizan erróneamente como parte del proceso de envejecimiento. Como consecuencia, estas creencias y actitudes discriminatorias perjudican al rendimiento cognitivo y funcional de las personas mayores, afectan su salud mental, aumentan la morbilidad y la discapacidad.

En general se puede afirmar que el edadismo hacia los mayores supone un problema por diferentes razones:

1. Afecta a diferentes colectivos: jóvenes y adultos, familiares de las personas mayores, cuidadores, profesionales de la salud e incluso a la propia persona mayor.
2. Su contenido no se corresponde con la realidad ni con los hallazgos científicos sobre la vejez y el envejecimiento.
3. Tiene un importante impacto en el modo en que la sociedad en general (cuidadores y profesionales de la salud en particular) tratan a las personas mayores, propiciando conductas paternalistas, de infantilización, institucionalización, intervenciones innecesarias, etc. Que perjudican el bienestar de las personas mayores y al mismo tiempo, retroalimentan los estereotipos al respecto.
4. Tiende a mantenerse y a ser resistente al cambio.
5. De acuerdo con la profecía autocumplida, las personas mayores pueden actuar ajustándose a la imagen negativa que perciben que se tiene de ella.

Por tanto, las actitudes edadistas influyen también en la forma en la que se trata a las personas mayores en las instituciones, tanto públicas como privadas, responsables de la atención a este público objetivo. Así, por ejemplo, si se examinan las pautas de comunicación que se utilizan en las residencias o en los centros para mayores, se observa que fracasan a la hora de favorecer las necesidades de afiliación y apoyo social de los/as usuarios/as.

Hablar a las personas mayores como si fueran niños o tratarlos de una forma paternalista puede, además de afectar adversamente a los procesos psicológicos de evaluación y de intervención, favorecer de una manera inconsciente el refuerzo de comportamientos o actitudes dependientes y fomentar el aislamiento y/o las patologías en relación con la tristeza en las personas. Contribuyendo al declive en el estado físico, cognitivo y funcional de las personas mayores que están en los centros gerontológicos, incluidas las personas con servicio de atención domiciliaria.

Se puede considerar al término edadismo como un legado generacional de carga negativa con relación a los prejuicios y estereotipos en torno a nuestra edad. Butler (1969), gerontólogo estadounidense, acuñó en 1969 el término edadismo para criticar la discriminación social de las personas de edad avanzada y defendió que la vejez puede ser una etapa productiva y saludable (Berástegui, 2010). Sin embargo, la OMS (2018) define que el envejecimiento es un estado, en el cual todos los seres humanos llegaremos. Es decir, un proceso vital, gradual e individual que se acompañará con deterioro de capacidades físicas y funcionales; que no necesariamente debería considerarse una enfermedad o condición, más bien una etapa vital y fundamental del ciclo de la vida del ser humano.

El Informe global sobre edadismo publicado por la OMS (2021) indica que el edadismo es una forma de prejuicio muy arraigada en nuestra sociedad e implica cómo pensamos, sentimos y actuamos en relación con las personas mayores. Así, los estereotipos que surgen pueden generar en las personas que los sufren consecuencias muy negativas. Este informe se enfoca específicamente en las implicaciones negativas que surgen de este tipo de prejuicios, poniendo en claro que podemos incurrir en dichos

estereotipos, prejuicios y discriminación incluso sin haberlos percibido como algo negativo.

El edadismo, por lo tanto, debe abordarse con urgencia si queremos construir una sociedad justa y equitativa que respete la dignidad y los derechos de todas las personas, sin importar su edad. Según la OMS (2021), la discriminación por edad es una amenaza frecuente e insidiosa para el bienestar de los adultos mayores. Como tal, se llama a todos los individuos y organizaciones a tomar medidas concretas para combatir el edadismo en todas sus formas y a trabajar juntos para lograr un mundo verdaderamente inclusivo e igualitario para todos. Los estereotipos que han sido identificados en diferentes sectores y entornos se muestran en la siguiente tabla (Tabla 2).

Tabla 2

Estereotipos identificados en diferentes sectores y entornos.

Sector	Estereotipos asociados positivos		Estereotipos asociados negativos	
Salud y cuidado	- Cálido		- Rígido	- Asexual
	- Simpático		- Irritable y frustrant	- Confundido
			- Solitario y aislado	- Deprimido
			- Frágil y débil	- Necesitado/dependiente
Trabajo	- Confiable	- Trabajador	- Incompetente e improductivo	- Difícil que aprendan algo nuevo
	- Comprendido	- Hábil social	- Sin motivación	- Inflexibles
	- Experimentado	- Adaptabilidad a los cambios	- Resistente al cambio	- Incompetencia frente a la tecnología
Medios de comunicación	- Saludable		- Poco atractivo	- Inactivo
	- Comprendido		- Descontento	- Sedentario
	- Productivo		- Senil.	- Pobreza
	- Autónomo		- Descuidado	- Vulnerabilidad
				- Dependiente

Fuente: extraído de World Health Organization (2021)

Por otra parte, podemos decir que en algunos centros gerontológicos (ya sean residencias, centros de día, atención domiciliar, etc.) se siguen produciendo patrones de edadismo, como son: llamar a los usuarios/as como abuelos/as, la infantilización, trato paternalista, desautorización, uso de diminutivos, etc. Impidiendo la auto realización y la autonomía personal de las personas. Es por ello por lo que existe una necesidad real de crear estrategias tanto de a nivel prevención como a nivel de intervención y formación en los centros, cuyo fin sea la desaparición de las manifestaciones edadistas.

Según el barómetro de mayores de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP, 2019), un 26,70% de la población mayor experimenta algún grado de discriminación por su edad, siendo las mujeres las más afectadas con 14,30%. Por otro lado, y según el mismo informe, un 25,30% de las personas reconocen que han sufrido edadismo en el sistema sanitario. Recibieron como respuesta a su dolencia una asociación directa con su edad. Sin recibir más respuestas y/o algún tipo de prueba específica sobre lo que le ocurría. Entre otras, las situaciones experimentadas más comunes fueron las siguientes:

- Ser ignorado/a o no haber sido tomado/a en cuenta por su edad.
- Escuchar chistes/burlas por no haber estado atento al ser llamado/a durante la cita en los consultorios de Medicina Familiar;
- Recibir denominaciones como “viejo” y/o “abuelo/a” al dirigirse hacia ellos/as.

El paternalismo y la infantilización de las personas mayores en distintos ámbitos, la marginación y la falta de toma en cuenta de las aportaciones de las personas mayores a las sociedades dan como resultado la

invisibilización. Según Palmore (1990,) citado en Baltar (2004), señala las características básicas de los estereotipos que forman la base del edadismo. Algunas de ellas son:

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

En la siguiente tabla se señalan algunos de los estereotipos más habituales hacia las personas mayores comparándolo a su vez con los hechos reales del colectivo (Tabla 3).

Tabla 3

Comparativa entre mitos y realidades en torno a las personas mayores

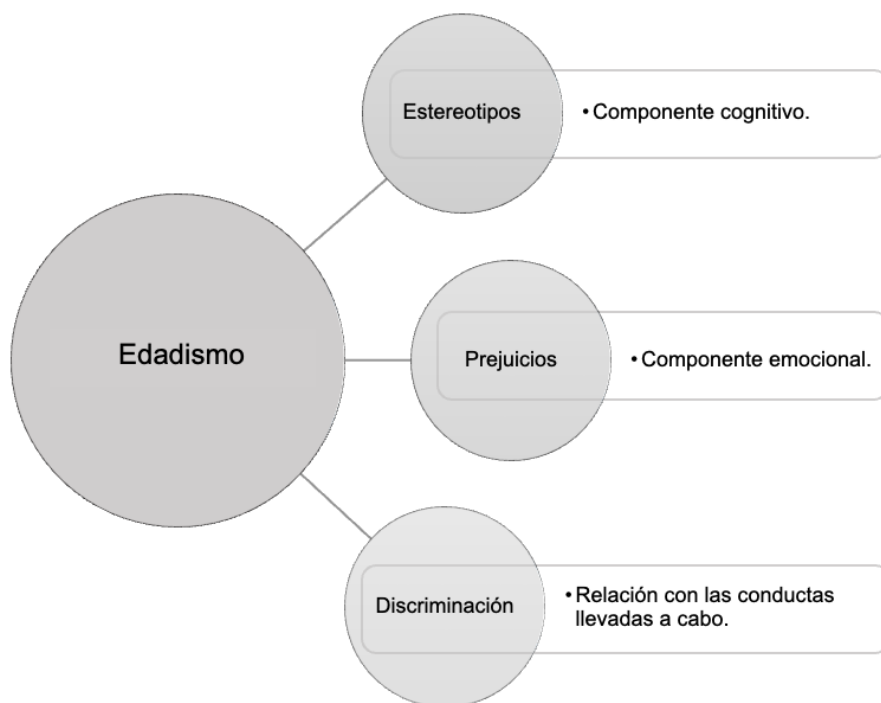
Mitos	Realidad
Son muy parecidos.	Son un grupo de población muy diverso (existen amplias diferencias tanto a nivel individual como grupal).
Socialmente se encuentran aislados.	La mayoría de las personas mayores viven de forma independiente.
La mayoría tienen algún grado de deterioro cognitivo.	En general, puede haber algún declive en habilidades cognitivas, pero eso no es suficiente para generalizar ni para que eso pueda afectar a sus actividades de la vida diaria (AVD's)
Están deprimidos/as	Las personas mayores que viven en la comunidad tienen menores porcentajes de depresión diagnosticada que otros grupos de poblaciones en otros grupos de edad.
Se vuelven difíciles de tratar y son, con el paso de los años más rígidos.	La personalidad se mantiene relativamente consistente a lo largo del ciclo vital.
Raramente se enfrentan a los declives inevitables asociados con el envejecimiento.	La mayoría de las personas mayores se ajustan con éxito a los desafíos vitales.

Fuente: adaptado de Baltar (2004)

Según Bravo-Segal y Villar (2020) el edadismo implica dos vertientes, la vertiente ideológica y representativa y la vertiente práctica y conductual. La primera de ellas, está basada en las características atribuidas a personas de determinada edad. La segunda de las vertientes, legitima esos prejuicios y creencias ideológicas e instaura en las intervenciones comportamientos discriminatorios hacia las personas mayores. En cuanto a los componentes básicos del edadismo se puede afirmar que está constituido por tres elementos clave, los estereotipos, los prejuicios y la discriminación (Figura 4).

Figura 4

Componentes básicos del edadismo



Fuente: adaptado de Pozo-Bardera et al. (2020)

El subestimar las capacidades tanto físicas como mentales de las personas mayores puede sugestionar a la persona a sentirse inferior, se coacciona a la persona a sentirse inferior meramente por su edad, esto puede producir complicaciones a nivel biopsicosocial, produciendo un deterioro de la salud en la persona. Dicho proceso fue denominado como "la profecía autocumplida". Tal es su magnitud, que dicha profecía ha sido apoyada empíricamente por estudios realizados con cuidadores informales de personas dependientes (Montorio et al., 2002).

Es por todo lo mencionado en este apartado por lo que podemos afirmar que el edadismo es un riesgo para todas las personas, en especial para las personas mayores. Al hacer referencia a personas mayores se determina, de forma general, que son personas mayores de 65 años, esto no tiene en cuenta la heterogeneidad de las personas. Las barreras del edadismo en el área laboral comienzan mucho antes de los 65 años debido a la extendida creencia de que las personas mayores están limitadas debido a problemas físicos o mentales (Palmore, 1999). Cuando existe una discriminación laboral producida por el edadismo es cuando se establece que existe una barrera de contratación a personas mayores (Pozo-Bardera et al., 2020).

Otro mito muy común en relación con la vejez hace referencia a que tienen sus costumbres profundamente arraigadas y no pueden aprender nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento (Thompson et al., 1987). Según diversas publicaciones podemos afirmar que esto no es real, estudios como el de Smith y Wagner (2003) evidencian que los resultados obtenidos son contrarios a este mito, ya que se demostraba que las personas mayores obtenían un elevado grado en el aprendizaje vinculado a las nuevas tecnologías.

En la actualidad más reciente, concretamente en el 2020, asistimos a una pandemia de forma global a causa del COVID-19, la cual provocó un gran impacto en la sociedad. Uno de los colectivos más afectados por dicha pandemia fueron las personas mayores, llama la atención que las noticias referidas a personas más jóvenes y en “edad productiva” son tratadas en profundidad y detalle, mientras que las muertes de las personas mayores parece que solo merecen engrosar las estadísticas (Fraser, 2020). Además, el lenguaje en el cual se refiere en muchas ocasiones se hace desde la infantilización. Los términos que los políticos y los medios de comunicación usan para hablar de las personas mayores son a menudo inadecuados: “nuestros mayores”, “los abuelos”. Pero lo cierto es que ni son “nuestros” en sentido de posesión ni todos son “abuelos” en su significado de parentesco familiar (Pinazo-Hernandis, 2020).

A la hora de realizar políticas públicas es fundamental tener en cuenta la heterogeneidad del colectivo, si no se presta atención a la diversidad el edadismo se seguirá prolongando en la sociedad cayendo en los estereotipos y prejuicios asociados. Actualmente, el edadismo es señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo (Baltar, 2004). Este tipo de actitudes está presente en la sociedad occidental actual probablemente incluso en mayor medida que el sexismo y el racismo (Levy y Banaji, 2002).

No solo es importante que esto se traslade de forma legislativa, también a través de los medios de comunicación, ya que son fuente de influencia social e influyen en la perpetuación y creación de estereotipos y prejuicios sociales. En sus representaciones y discursos deben enfocarse en las capacidades y competencias de las personas ya que el edadismo en los

medios no solo afecta a la percepción del término por parte de las personas más jóvenes, también en la creencia y autopercepción, ya que se les recuerda de forma reiterativa que pertenecen a un grupo social vulnerable simplemente por su edad.

Como bien señala Mendonça et al. (2013), es necesario un esfuerzo por parte de los profesionales de los servicios implicados en la atención para afrontar las consecuencias de perpetuar este tipo de actitudes a las personas mayores en particular, y a la sociedad en su conjunto.

Sexualidad en personas mayores

La sexualidad en el ser humano es algo innato, no existe límite para dicha dimensión dado que forma parte de nuestra comunicación. En muchas ocasiones, y de forma errónea, se relaciona la sexualidad con la actividad sexual en sí misma. La sexualidad como dimensión abarca aspectos como la identidad, la intimidad, actitudes, roles de género, orientación sexual, deseo, fantasía, los sentidos, nuestros pensamientos, etc. Siendo su expresión muy variada según la persona y atendiendo, también, a la cultura, creencia, valores y/o religión. Una persona que no sea sexualmente activa y/o sea asexual no quiere decir que carezca de sexualidad.

Según la OMS (2006), define la sexualidad humana como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

En relación con el apartado anterior sobre edadismo, donde se relaciona a las personas mayores en una etapa en declive, de forma tradicional se

ha pensado que la sexualidad de los mayores no existe, y, por ende, carece de importancia. Es frecuente ver la actividad sexual del adulto mayor como un hecho con matices peyorativos, en el caso que se dé.

La sexualidad se puede vivir de muchas maneras, de igual modo de muchas formas a lo largo de nuestra vida. Estos cambios se pueden ver alterados o modificados a causa de patologías, o simplemente momentos vitales diferentes, siendo frecuente encontrar otras formas de disfrutar la sexualidad, como pueda ser la masturbación, las caricias, los besos, abrazos o la intimidad emocional. Según la OMS (2002), la salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países.

En nuestro país un 62,30% de los hombres mayores de 65 años son sexualmente activos, respecto a las mujeres el porcentaje es de un 37,40% (Palacios-Ceña et al., 2012). Estos porcentajes dan la evidencia que las personas mayores de 65 años son activos sexualmente. Según Freixas-Farré y Luque-Salas (2014) entre las prácticas sexuales más habituales en mujeres entre 50 y 80 años se destaca el sexo vaginal, la masturbación, los besos y las caricias suponiendo más del 50% de las prácticas, seguida del sexo oral y masturbación mutua.

Estos estudios nos muestran la evidencia, no sólo del interés sexual, también indican que las personas mayores de 65 años tienen prácticas sexuales y en un elevado porcentaje son activos sexualmente. Pese a ello, en la actualidad, siguen existiendo estereotipos, mitos y prejuicios. Muchos de estos mitos son a nivel cultural, se asocia la vejez con la falta de deseo sexual.

Según Cervantes (2017), estos serían los siguientes mitos asociados a la sexualidad en la vejez:

- El adulto mayor es asexuado.
- La persona mayor no puede tener relaciones por los cambios físicos que experimenta.
- En la vejez, todos los hombres tienen disfunción eréctil.
- Cuando envejece el hombre, ya no embaraza a una mujer.
- La mujer viuda ya no tiene necesidades sexuales.
- La mejor sexualidad se vive en la juventud.

La importancia de desmitificar todos estos estereotipos es de gran importancia dado que son erróneos y se perpetúan en la sociedad. La vejez no elimina ni las interacciones ni el deseo, del mismo modo, no tiene por qué disminuir el interés y/o la actividad sexual. Numerosos estudios avalan hoy en día el impacto que tiene tener una sexualidad satisfactoria en la calidad de vida de las personas mayores (Guadarrama et al., 2010).

Sexualidad en centros gerontológicos

En cuanto a las barreras a la expresión sexual en personas mayores que asisten a centros gerontológicos existen una serie de problemáticas que se presentan a continuación:

- Falta de privacidad: En la mayoría de los centros, en especial en los residenciales los y las usuarios/as tienen habitaciones compartidas con dos camas, sin posibilidad de acceder a una cama doble. Se entiende que dicha cama disminuiría la facilidad a la hora de realizar transferencias u otras acciones que requieran de movilidad. En todo momento hay que tener presente la

privacidad de las personas, accediendo a la habitación únicamente después del visto bueno de la persona que esté dentro, llamando previamente y esperando el visto bueno para acceder.

- Falta de información: Todas las personas usuarias del servicio deben tener información sobre la sexualidad y las etapas vitales de la vida, pudiendo haber vivido una sexualidad coartada o cohibida y por ello sentirlo como algo con connotaciones negativas, vergüenza o timidez.
- Discriminación y prejuicios: El edadismo junto con estereotipos y prejuicios sobre la sexualidad se pueden dar tanto en usuarios/as como en los/as profesionales que trabajan en el Centro. Radica, en este punto, la importancia de la formación y jornadas de sensibilización. Es importante que los/as trabajadores/as proporcionen un ambiente acogedor e inclusivo para las personas mayores, y a su vez, corregir actitudes discriminatorias que se realicen.
- Problemas de salud y falta de recursos: Existen diversos problemas de salud que pueden afectar a la capacidad para tener relaciones sexuales (disfunción eréctil, falta de lubricación vaginal, falta de deseo, etc.). Existen recursos que pueden facilitar el mantenimiento de una vida sexual saludable, como pueden ser los preservativos, los lubricantes o los medicamentos, pero en muchas ocasiones las personas mayores pueden tener dificultades para acceder, ya sea por tema económico o por vergüenza. Eso no únicamente incidirá negativamente al estado psicológico de la persona, también a su estado físico.

Diversidad afectivo-sexual y personas mayores

El acrónimo LGTBI+ hace referencia a todas las personas que no tienen una orientación sexual heteronormativa. Hace referencia a las personas lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales. Además, el signo “+”, pretende “incluir otras vivencias de la sexualidad más allá de estas siglas” (Solá, 2020). No existe un consenso en relación con este acrónimo, diversos textos y normativas utilizan LGTB, LGTBI, LGTBIQ, etc. En muchas ocasiones si no se incluyen todas las siglas se puede dejar fuera a diversos colectivos, orientaciones y/o identidades, es por este motivo que en el presente trabajo se hablará de forma general de diversidad afectivo-sexual y/o LGTBI+, englobando todas las diversidades en relación con la sexualidad de las personas, ya sea de expresión, orientación y/o identidad. Se debe tener en cuenta que la diversidad no es el objetivo final, es el camino para alcanzar la igualdad.

Las personas mayores que pertenecen al grupo de diversidad afectivo-sexual son una realidad en nuestro país. Actualmente, en el 2024, las personas que están o estarán en breve en centros gerontológicos son generaciones que vivieron un contexto histórico donde si la sexualidad era ya algo relegado a la intimidad del hogar la diversidad afectivo-sexual quedaba de forma totalmente clandestina y perseguida, además, del posible rechazo por parte de familiares y amistades. Esto último es algo que lamentablemente sigue sucediendo. Al mismo tiempo, a estas generaciones les tocó abrir caminos para llegar a nuevos derechos, ahora estas personas se encuentran que los centros a los que asisten tienen una mirada heteronormativa, sin protocolos, programas o atención especializada en su gran mayoría.

La situación demográfica del envejecimiento está generando en la actualidad escenarios nuevos de convivencia y de diversidad, generando nuevas dinámicas de convivencia.

Según Boyon (2021), a través del informe de Ipsos realizado en 2021 a 19.069 personas, se dejan claras diversas cuestiones sobre el colectivo de mayores LGTBI+:

- Para el año 2050 se prevé que habrá unos 2.000 millones de personas mayores en todo el planeta; el 22% de los habitantes del planeta tendrán para esa fecha más de 65 años. Se calcula que, de esos 2.000 millones de personas, aproximadamente, 200 millones serán LGTBI+.
- España se sitúa como el tercer país a nivel mundial, el primero europeo, con mayor porcentaje de población que se declara no heterosexual (12% en total; de los cuales el 6% dice ser bisexual, el 5% gay y el otro 1% pansexual).

La falta de datos específicos puede dificultar la articulación de diferentes políticas públicas que estén encaminadas a mejorar la vida de las personas mayores. Debido a ello, como indica Equala (2023), en los últimos años se está haciendo un esfuerzo incipiente por generar indicadores que permitan conocer la realidad de las personas LGTBI+. A su vez, y siguiendo el mismo informe, se puede apreciar como en los servicios sociosanitarios en su conjunto apenas conocen casos de personas mayores LGTBI+, señalando que esto puede ser debido a dos cuestiones:

- 1) La falta de visibilidad de las personas LGTBI+: Esto puede ser o bien por miedo a que su orientación sexual o identidad de género pueda influir en sus cuidados y, por otro lado, el posible rechazo también por parte de los profesionales.
- 2) La falta de formación y/o sensibilidad del personal técnico en materia de diversidad sexual o de género: No se puede relegar a que la única persona responsable de decir o no su orientación sexual y/o su identidad de género. Si no trabajamos para saber la historia de vida de la persona es lo mismo que dejar de lado el contexto histórico de la persona.

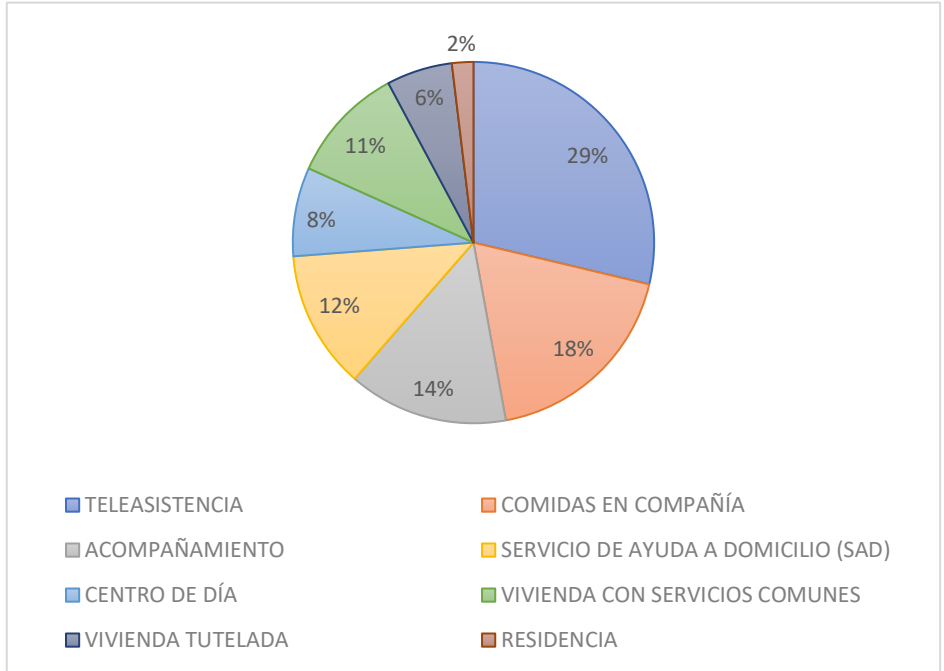
Esta teoría queda corroborada a través de los estudios realizados en Navarra, realizados por Vázquez y Caprarulo (2023), donde reafirman lo anteriormente mencionado, indican que las personas mayores LGTBI+ están trasladando su temor y discriminación desde hace tiempo. El tener que ocultarse de nuevo o “volver al armario” al acudir a los centros gerontológicos les crea un elevado grado de temor y rechazo a esos mismos recursos. Del mismo modo, les crea un gran temor la idea de tener que compartir espacio, su hogar, con personas que puedan ser agentes de discriminación o partícipes del acoso vivido en el pasado.

Diversidad afectivo-sexual en centros gerontológicos

Según Mesquida et al. (2017) los datos revelan que sólo el 6,20% del colectivo de personas mayores LGTBI+ acude a residencias de personas mayores cuando el porcentaje del resto de la población es el doble. El motivo que subyace a esta resistencia es la percepción de un entorno hostil y discriminatorio frente a la homosexualidad al estar formado por una micro sociedad de personas de una época con ideas muy tradicionales, no acostumbradas a la diversidad sexual y con pocas expectativas para acoger al colectivo LGTBI+ (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios [ISESS], s.f.). Las personas mayores LGTBI+ se replantean, igual que el resto de las personas mayores, el asistir a centros gerontológicos, pero en este caso, y como se mencionaba en el párrafo anterior, existe una reticencia al traslado a servicios residenciales. Este planteamiento vital de trasladarse a residencias en personas mayores es casi nulo, ya que a la hora de decantarse por diferentes opciones se puede apreciar como el recurso de residencia es la opción menos buscada (Mesquida et al., 2017). A continuación, se puede apreciar el ejemplo en la ciudad de Barcelona, el porcentaje de opción de residencia es casi nulo, siendo de un 2% en comparación con otras opciones de centro o servicio preferidas (Figura 5).

Figura 5

Opción de centro o servicio preferida en personas mayores LGTBI+



Fuente: adaptado de Mesquida et al. (2017)

La creencia dentro del colectivo de personas mayores LGTBI+ es que en los centros gerontológicos predominan los comportamientos discriminatorios y poco tolerantes. Existen diversas posibilidades que describirían este hecho:

1. La posibilidad de tener que ocultar su orientación sexual y/o identidad de género.
2. La posibilidad de convertirse en víctimas a nivel físico o psicológico.

3. La posibilidad de experimentar rechazo por parte de compañeros/as del Centro.

Optar por establecer una forma de vida no acorde a los sentimientos, orientación sexual y/o identidad de género podrían suponer consecuencias a nivel psicológico y físico, como pueden ser los ataques de ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, etc. Todas estas posibilidades vienen acaecidas por las experiencias vitales del pasado, no se puede obviar que durante muchos años las personas LGTBI+ estaban tratados como delincuentes y enfermos. Se ha detectado actitudes homófobas tanto en profesionales de la salud como en el resto de los trabajadores (Villar et al., 2017).

Como sociedad se debe establecer la capacitación para todas estas situaciones. Para ello, será necesario que en los centros y servicios sociosanitarios estén concienciados con la diversidad afectivo-sexual. Actualmente, fruto de la socialización, existe una gran presunción de heterosexualidad en nuestra sociedad. Esto quiere decir asumir, de forma involuntaria y predeterminada, que todas las personas son heterosexuales y que la heterosexualidad es la normal o el estándar por defecto (Vázquez y Caprarulo, 2023). Produciendo como consecuencia una educación basada en la interiorización del modelo de la familia tradicional (padre, madre e hijos/as) y las relaciones sexoafectivas con el sexo opuesto. Dicha socialización lleva a no plantearse si la persona que estamos atendiendo no sea heterosexual, debido a que es lo mayoritario.

Es necesario, como profesionales, ser capaces de generar espacios de confianza y tolerancia. Desde el punto de vista de la gestión de centros, también es necesario el desarrollo de protocolos de actuación ante casos

de LGTBIfobia en los propios centros sociosanitarios como guías de buenas prácticas en materia de diversidad afectivo-sexual. Esta forma de discriminación, como otros tipos de violencia, tiene un gran abanico de posibilidades que no necesariamente tiene que ser la agresión física. Se pueden dar situaciones donde la persona LGTBI+ y anteriores agresores compartan centro e incluso habitación. Para ser capaz de abordar dichas situaciones el personal debe de estar formado en materia de diversidad sexual y de género.

El derecho a una nueva vejez no normativa está ligada al fenómeno demográfico y social en auge, el envejecimiento global y multigeneracional, es por ello por lo que, los/as profesionales y los/as teóricos del campo de la gerontología han puesto el acento en ciertos aspectos como es el caso de la orientación sexual y la identidad de género de las personas mayores. Este derecho no tenía una respuesta integral frente a la creciente demanda de inclusión y protección de las personas más longevas de la sociedad por el hecho de ser miembros del colectivo (Davobe, 2018).

Se puede afirmar que las personas mayores LGTBI+ sufren una triple discriminación:

- El hecho de la disidencia sexual o de género marca su vida con actitudes LGTBI+fóbicas desde pequeños, condicionando su identidad y su derecho de ser. Son ubicados dentro de un cajón de prejuicios y estereotipos generando una imagen negativa, siendo objetivo de delitos de odio, agresiones físicas y violencia simbólica. Este tipo de violencia es menos explícita y más

cotidiana, por tanto, más arraigada y complicada de combatir (Mesquida et al., 2014).

- Por otro lado, la discriminación por razón edad (edadismo). El conjunto de estereotipos y prejuicios asociados a la vejez.
- El propio rechazo del colectivo, quedando al margen por su edad y siendo relegados de la mayoría de los lugares de ocio.

A su vez, no solo se observa dicha discriminación, también se produce una paradoja, se establece a través de los discursos edadistas que las personas mayores carecen de deseo sexual y/o relaciones sexoafectivas, pero, por otro lado, desde el rechazo y los discursos desde la LGTBI+fobia se entiende que las personas, sin importar su edad, son promiscuas y con alto deseo sexual.

En cuanto a la soledad, tanto percibida como objetiva, adquiere unas características especiales. Estas se derivan de una mayor carencia de redes familiares y sociales, que pueden explicarse al haber tenido menos descendencia y un mayor rechazo familiar (Mesquida et al., 2016).

Por otra parte, y no menos importante, la situación de dependencia de personas LGTBI+ puede complicar mucho su situación. Por un lado, al igual que con las personas mayores en general, la calidad del cuidado que pueden recibir puede estar condicionada por su capacidad económica, y en ocasiones, la posibilidad misma de acceder a esos servicios puede verse limitada por barreras económicas. La capacidad económica se ve reducida en la vejez al salir del sistema productivo, lo que aumenta su vulnerabilidad social, en especial en el caso de las mujeres que presentan niveles de vulnerabilidad social más elevados. Esta situación económica también dará la opción o no de poder tener una

toma de decisión libre entre la opción de atención domiciliada en su totalidad o acudir a instituciones. También se debe tener en cuenta que en su gran mayoría tienen menos recursos personales, su red familiar disminuye ya sea por no tener descendencia y/o por fallecimiento de la pareja.

Es fundamental que todas las personas mayores, incluyendo a las personas del colectivo LGTBI+, puedan integrarse en entornos que valoren su libertad de elección, expresión, orientación sexual e identidad de género, asegurando el respeto a la diversidad y sus deseos. Mediante la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona se pretende poner como eje central a la persona y garantizar su dignidad, derechos, su bienestar y sus decisiones. Es necesario que los espacios residenciales cuenten con este tipo de atención, de forma que todas las personas puedan sentirse incluidas en un entorno seguro que les proporcione calidad de vida (Rodríguez-Rodríguez, 2011).

Aproximación conceptual

Según Solá (2020), la diversidad sexual y de género se puede definir como las diferentes formas de expresar la afectividad, el deseo, las prácticas eróticas o amorosas, así como la expresión o identidad de género que tenemos todos los seres humanos. Por lo tanto, dicho término hace referencia a múltiples formas de vivir y expresar la diversidad-sexual individual. Al mismo tiempo, incluye otros conceptos igual de importantes tales como la orientación sexual, identidad de género y la expresión de género.

La identidad puede ser entendida como “el conjunto de rasgos y características que diferencia a una persona, o grupo de personas del

resto, fuertemente vinculada a un sentimiento de pertenencia grupal” (Heras et al., 2021).

La propia identidad de género se vincula estrechamente con la identidad sexual y a su vez se vincula con el sexo biológico otorgado al nacer. Puede reafirmarse con el paso de los años o no por la propia persona, siendo en este caso identificada como una persona transgénero. Ser una persona transgénero puede definirse como una “persona cuyo sexo sentido no se corresponde con el asignado al nacer en atención a los genitales” (Solá, 2020). Cabe resaltar también que dicha identidad de género puede oscilar entre el género entendido como masculino y femenino, lo que se entiende y establece como género no binario, incluyendo también el género fluido, agénero y el género neutro. La disforia de género también puede venir dada por intersexualidad, personas que al nacer tienen aspectos genéticos y fenotípicos propios del sexo masculino y del sexo femenino, cuya asignación no fue la correcta.

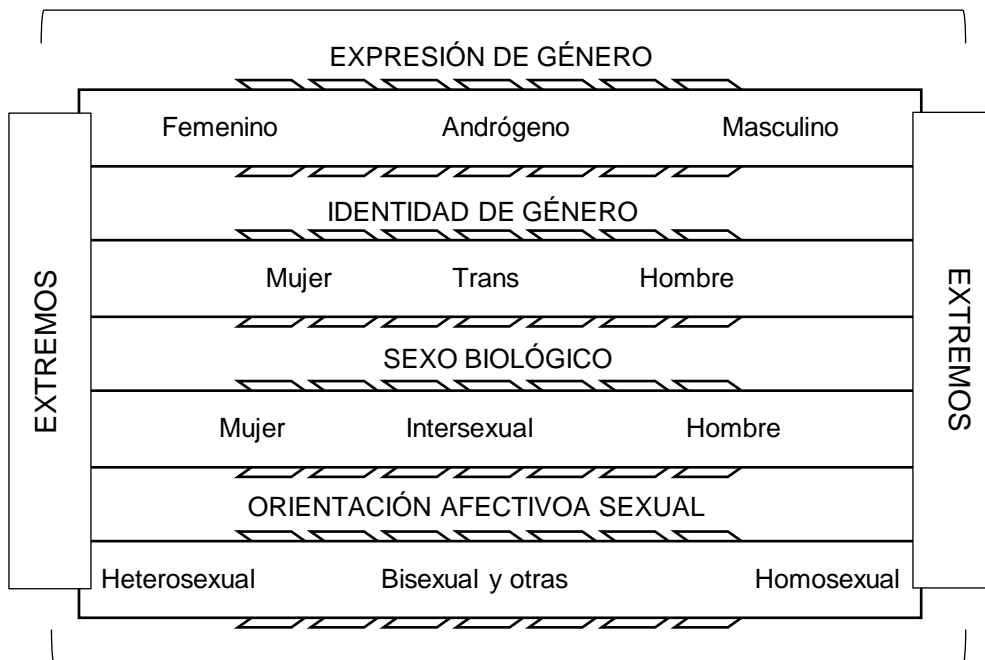
El género hace referencia a los atributos que social, histórica, cultural y políticamente han sido asignados a hombres y mujeres, es decir, aquellas características que la sociedad y la cultura identifica como “masculinas” o “femeninas”. El género es una construcción social que marca los comportamientos, pensamientos y formas de sentir esperadas por pertenecer a un sexo u a otro. Además, al tratarse de un sistema de valores, el género depende del contexto histórico y temporal en el que se mueve una sociedad (Heras-Sevilla et al., 2021). El término expresión de género se relaciona con la manifestación realizada de forma externa de la propia identidad.

En cuanto a la orientación sexual puede entenderse como la atracción física y/o sexual y/o sexual hacia otras personas. Puede ser hacia personas del sexo opuesto, del mismo sexo o ambos (heterosexual, homosexual o bisexual), pero también existen otras formas de orientación sexual como son la pansexualidad, la demisexualidad y la asexualidad, entre otras.

A continuación (Figura 6), se muestra una tabla donde podemos apreciar como la expresión de género, la identidad de género, el sexo biológico y la orientación sexual se resumen en extremos socialmente. Todo lo que no entre en los extremos se sale del patrón socialmente establecido, denominado como dicotomía imperante.

Figura 6

Diversidad afectivo-sexual y extremos



Fuente: elaboración propia.

Diversidad cultural y religiosa

Las realidades del colectivo de las personas mayores son diversas, especialmente en la vejez, una etapa multidimensional en constante cambio por la mayor interacción de los factores biopsicosociales y el entorno. Dentro de la gerontología, como ya se ha señalado, los perfiles sociodemográficos no normativos son a menudo ignorados o pasados por alto. Esto sucede también con las personas de otras culturas y de otras religiones, dando como consecuencia una situación de exclusión social. La cultura puede definirse como un conjunto

de valores compartidos, creencias y comportamientos esperados, que son el resultado de entornos comunes. La cultura, en general, desvela el grado en que una sociedad considera ciertos comportamientos como deseados y en particular, indica que tan conveniente es asumir comportamientos emprendedores como el aumento de riesgos y la independencia (Álvarez y Urbano, 2013). Se define la diversidad cultural como el término utilizado para referirse a las variaciones culturales que cohabitan en una misma área geográfica, incluyendo variaciones lingüísticas, religiosas y étnicas.

Cada vez más, se busca una perspectiva del envejecimiento que sea positiva, constructiva y repleta de matices culturales (Alberola et al., 2017). La inclusión, que no integración, es fundamental tanto a nivel social como institucional, requiere de una reconstrucción de los cuidados en función de las características específicas de la persona, evitando caer en el concepto de homogeneidad en las personas mayores. El cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas, se basa en una perspectiva fenomenológica y es entendido como la base de la existencia humana. Desde la perspectiva de la cultura, el cuidado humano se convierte en una responsabilidad social. La diversidad en el cuidado nos permite conocer algunas cuestiones que nos acerca al adulto mayor, a sus condiciones biológicas y sociales, su vulnerabilidad, su entorno, economía, etc. (Queralta et al., 2020)

Madeleine Leininger, autora de la teoría de la diversidad y la universalidad (1988), expone cómo las personas interpretan las cosas y cómo llegan a ciertos razonamientos, en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado que sea culturalmente competente a las personas de culturas diversas. La diversidad cultural y los adultos

mayores están estrechamente relacionados dado que la diversidad en la vejez es un fenómeno cada vez más presente en nuestra sociedad. Este fenómeno tiene previsto aumentar en 2035 cuando más del 26,50% de la población mundial alcance los 65 años (INE, 2020). De aquí nace la necesidad de que los profesionales encargados de la atención directa de las personas estén capacitados para comprender y respetar las diferentes culturas y religiones presentes en la sociedad. Cada individuo es único y diferente, y estas diferencias deben ser valoradas y respetadas.

Hay varios factores que pueden incidir en el aumento de delitos de odio en la actualidad. En primer lugar, la polarización y el discurso de odio, en líneas políticas y sociales el discurso de ideas intolerantes cala en la sociedad, sin obviar la importancia de las redes sociales. Estos espacios, gracias al anonimato, son utilizados en muchas ocasiones para promediar mensajes con carácter ofensivo. Estos discursos unidos a los cambios demográficos y las tensiones sociales propician que se desarrollen actos de violencia y/o discriminación hacia lo que se auto percibe como “el otro” o “el de fuera”. El aumento de la xenofobia, el racismo y la intolerancia religiosa refleja la necesidad de abordar esta problemática a nivel institucional en los centros gerontológicos. El abordaje de la problemática requerirá de un enfoque integral a nivel educativo, legislativo, social e institucional para lograr construir una sociedad más inclusiva y justa.

La problemática del racismo y la religión se traslada a las personas mayores y esto crea dos aspectos fundamentales. En primer lugar, la importancia de la religión en las personas mayores y, por consiguiente, en los centros gerontológicos. En segundo lugar, la posibilidad de que se trasladen discursos racistas a los centros. Para Kaplan y Berkman (2022), existe relación entre los conceptos de religión y espiritualidad, que,

aunque son semejantes no son idénticos. Hacen referencia a la religión como un concepto más formal y estructurado, y comprende actividades más tradicionales, la realización de rituales y llevarlos a la práctica. En cambio, cuando hablan de espiritualidad, lo hacen mencionando lo "inmaterial e intangible", que no tiene porqué estar relacionado con un grupo en concreto. Relacionan espiritualidad con sentimientos, convicciones, experiencias y comportamientos asociadas con "el espíritu o la búsqueda de lo sagrado".

La religión desempeña un papel significativo en la vida de muchas personas mayores. No solo al nivel de las creencias, también desempeña una fuente de comunidad, proporcionando un sentimiento de pertenencia. Además, en muchas ocasiones dicho sentimiento de creencia crea situaciones de confort emocional en situaciones difíciles, especialmente en los últimos momentos de vida. Es importante destacar que la discriminación y exclusión basada en la religión y/o la cultura puede tener un impacto negativo en la salud física y mental de las personas mayores, así como en su calidad de vida (Pozo-Bardera et al., 2020). Por lo tanto, es necesario abordar de manera efectiva las barreras y desafíos que puedan impedir una atención inclusiva y respetuosa hacia la diversidad religiosa y cultural en los centros gerontológicos. Reconocer y valorar la diversidad cultural y religiosa en la atención a las personas mayores es fundamental para garantizar una atención centrada en la persona y respetuosa con sus necesidades y preferencias (Rodríguez-Rodríguez, 2011). Es importante reconocer que las personas mayores puedan tener creencias y religiones diversas. En la sociedad actual existe una amplia gama de religiones practicadas, desde las más tradicionales a nuevas formas de espiritualidad, esto se debe a la globalización, las migraciones y los avances en la comunicación. Esta situación implicará que los centros

gerontológicos, en especial los residenciales deban ofrecer espacios adecuados para la práctica religiosa, facilitando el acceso también a líderes religiosos de diversa índole. La educación religiosa se transmite de generación en generación y se basa en dogmas y tradiciones establecidas, pudiendo en algunas de ellas, limitar la comprensión y el respeto hacia otras religiones o formas de espiritualidad, convirtiéndose en fuente de intolerancia religiosa y rechazo a prácticas diversas.

En cuanto al racismo, la diversidad étnica y cultural en centros gerontológicos cada vez será mayor. El racismo puede manifestarse por actitudes y comportamientos por parte de los y las profesionales y también por los/as usuarios/as, pudiendo tener prejuicios raciales arraigados, lo que podría crear situaciones de incomodidad, posibles tensiones y conflictos. Actualmente, el grupo étnico y religioso con mayores dificultades de integración es el musulmán (Cinalli y O'Flynn, 2014). Para estos mismos autores, “la multiculturalidad y la integración van entrelazadas, describiendo la primera una situación de convivencia de varias culturas en contacto y cercanía”. Es importante tener en cuenta que, en multitud de ocasiones, las mujeres musulmanas estarían expuestas a una triple discriminación: ser mujer, ser musulmana y algunas de ellas ser inmigrantes, lo que aumenta el riesgo de exclusión social. Si se añade pertenecer a la comunidad LGTBI+ se evidenciaría una cuarta discriminación.

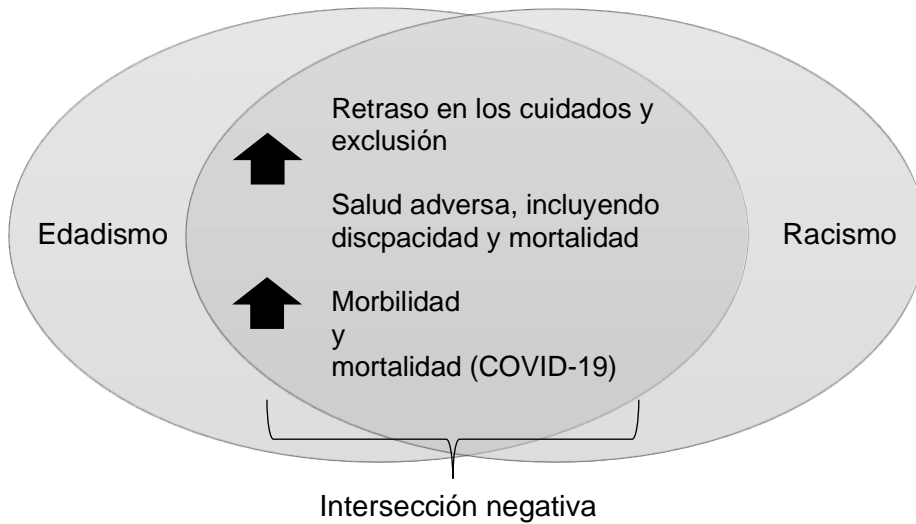
Resaltando el párrafo anterior, se aprecia la existencia de la interseccionalidad y su importancia. Según Crenshaw (1989), las mujeres negras no eran discriminadas por racismo o sexismo si no una combinación de ambas produciendo múltiples formas de discriminación con efectos combinados, por lo tanto, las identidades y la diversidad no

pueden entenderse de forma individual si no que interaccionan por si solas a través de las identidades personales. Se puede confirmar que tanto la discriminación por religión, racismo, diversidad afectivo-sexual y edadismo son de carácter interseccional. La Sociedad Americana de Geriátrica (AGS) anunció en 2021 su compromiso de trabajar por una sociedad justa, en la que todas las personas sean tratadas por igual a través de la interseccionalidad de las personas mayores, centrada en especial en la intersección del racismo estructural y el envejecimiento en la atención médica. No solo contemplando el edadismo como epicentro, si no desarrollando estrategias de intervención con relación a diversos constructos vinculados a la diversidad de cada persona.

Según Farrell et al. (2022) las construcciones del racismo y la discriminación por edad pueden tener efectos negativos en los resultados de salud que pueden magnificarse cuando la raza y la edad se cruzan, incluyendo sucesos recientes como la situación del Covid-19. La interseccionalidad tiene efectos negativos en la salud y por correlación en la calidad de vida de las personas. También se debe tener en cuenta la racialización, este término hace referencia al constructo social de la raza mediante el discurso de un grupo racial predominante. En el momento que existen dos variables como puede ser el edadismo y el racismo existe una desventaja en la salud, denominada hipótesis de doble peligro (Carbado et al., 2013) (Figura 7).

Figura 7

Intersección entre el envejecimiento y el racismo en la atención médica: una doble desventaja



Fuente: adaptado de Farrell et al. (2022)

Por lo tanto, la religión, la etnicidad y el edadismo son factores esenciales a tener en cuenta en los centros. A medida que la sociedad se vuelva más multicultural los centros gerontológicos se verán en la obligación de establecer nuevas medidas. Según Chen et al. (2022) el origen étnico y los factores relacionados con la edad se cruzan con frecuencia de maneras que crean experiencias diferentes, además, la espiritualidad es un recurso y un factor de protección para el bienestar mental de las minorías étnicas LGBTI+, teniendo en cuenta en todo momento la importancia de la interseccionalidad.

Interseccionalidad

La interseccionalidad es un concepto crucial en el estudio de las desigualdades sociales y la discriminación. A lo largo de las últimas décadas, este enfoque ha ganado una atención significativa en los discursos políticos y sociales.

El concepto de interseccionalidad como enfoque teórico fue acuñado por Crenshaw (1989). La idea central detrás de la interseccionalidad es que las personas experimentan múltiples formas de opresión y discriminación simultáneamente, y estas se entrelazan o "intersectan". En otras palabras, no se pueden analizar las desigualdades sociales de manera aislada, sino que debemos considerar cómo diferentes dimensiones de la identidad, como género, raza, clase, orientación sexual y discapacidad, interactúan para dar forma a las experiencias individuales y colectivas.

Según Crenshaw (1989), la interseccionalidad se define como la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas, con el fin de mostrar las diversas formas en que la raza y el género interactúan para dar forma a complejas discriminaciones de mujeres negras en Estados Unidos. Asimismo, la misma autora indica que la interseccionalidad opera de dos formas. A nivel estructural y a nivel político. La primera alude a diversos sistemas de discriminación (género, raza y clase social), la segunda hace referencias a las estrategias políticas centradas en la dimensión de la desigualdad específica, dejando de lado la imbricación de los diversos sistemas de opresión que se entrelazan entre sí.

Varias autoras han contribuido significativamente a la teoría de la interseccionalidad, Kimberlé Crenshaw, Patricia Hill Collins, Audre Lorde

y Bell Hooks, entre otras, siendo figuras destacadas que han profundizado en la comprensión de cómo las opresiones se entrelazan y se refuerzan mutuamente. Estas autoras han subrayado la importancia de reconocer la multiplicidad de identidades y experiencias de las personas, y cómo esto influye en la discriminación y la desigualdad.

La importancia de trabajar con una perspectiva interseccional radica en la comprensión más completa de las desigualdades y la discriminación. Los enfoques tradicionales tienden a analizar problemas sociales de manera fragmentada, lo que no refleja la complejidad de las vidas de las personas. Al ignorar la intersección de diferentes factores, se pueden pasar por alto experiencias y desafíos significativos que enfrentan diversos grupos. Al considerar la intersección de identidades, se pueden desarrollar estrategias más adecuadas para abordar las desigualdades y promover la equidad.

La interseccionalidad es igualmente relevante en el contexto de las personas mayores y en los centros gerontológicos. A menudo, en las discusiones sobre el envejecimiento y la vejez, se tiende a simplificar la experiencia de las personas mayores (edadismo), ignorando la diversidad de identidades y trayectorias de vida que existen en este grupo demográfico, actualmente y desde la atención centrada en la persona se trabaja este hecho a través de las historias de vida, otorgando el foco y centro de la intervención a las vivencias de la persona y sus deseos.

Las personas mayores pueden experimentar desigualdades relacionadas con su edad, género, raza, orientación sexual, discapacidad y clase social. Por ejemplo, enfrentando desafíos específicos en términos de discriminación de género y, al mismo tiempo, enfrentar las dificultades asociadas con el envejecimiento, la diversidad afectivo-sexual y la

discapacidad. Ignorar esta intersección puede llevar a realizar una gestión inadecuada, no abordando de manera efectiva las necesidades de las personas mayores en su diversidad.

6. MARCO LEGISLATIVO

Es necesario que se promuevan y se garanticen los derechos de las personas mayores, en toda su diversidad, para que los gobiernos y las sociedades de todo el mundo, sean conscientes de sus obligaciones y responsabilidades en materia de derechos humanos hacia las personas mayores ahora y en el futuro, facilitando los procesos de participación de las personas mayores en todas las acciones.

Debemos considerar de gran importancia el empoderamiento de las personas mayores y, para que se dé, es esencial, no solo la actividad asistencial propia del Estado de Bienestar, sino dotar a los ciudadanos de los mecanismos jurídicos privados que les permitan, desde su autonomía de la voluntad, hacer previsiones en relación con su futuro, no solo desde el punto de vista económico, sino también personal.

En España se han promulgado diversas legislaciones con relación a leyes y políticas que promueven la igualdad y la protección de los derechos en diversidad. Estas legislaciones son fundamentales para garantizar los derechos y avanzar hacia una sociedad más inclusiva.

A continuación, se mencionan algunas de las leyes más importantes en este ámbito, ordenadas de más antigua a más recientes.

Marco legislativo en relación con las personas mayores

Marco legislativo internacional por orden cronológico:

- 1948: Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de Naciones Unidas).
- 1982: Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/51; convocó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, dónde surgió el Plan de Acción de Viena sobre el envejecimiento.
- 1991: Asamblea General de las Naciones Unidas; adoptó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, en el que se enumeran los derechos de las personas mayores relacionados con la independencia, cuidados, dignidad, participación y la autorrealización.
- 1999: La Comisión Europea integró en el Tratado de Ámsterdam la lucha contra la discriminación por motivos de edad en la Carta de los derechos fundamentales se incluyó una referencia a los derechos de las personas mayores (art.21 y 25).
- 2000: Carta Europea de los Derechos fundamentales, Unión Europea.
- 2002: La OMS elabora el documento "Envejecimiento activo: un marco político".
- 2002: Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (OMS).
- 2012: El Consejo de la Unión Europea adoptó la Declaración del consejo sobre el año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012.

Marco legislativo nacional por orden cronológico:

- 1978: Constitución Española, a continuación, se mencionan los artículos más reseñables en relación con las personas mayores:
 - Art.14: se defiende que todos los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación por cuestiones de razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o social.
 - Art.15: refiere al derecho a la vida y a la integridad física y moral de las personas, incluyendo a las personas mayores.
 - Art.18.1: se garantiza el derecho al honor, la intimidad y a la propia imagen.
 - Art.49: refiere a la protección de las situaciones de discapacidad.
 - Art.50: se garantiza, mediante pensiones la suficiencia económica a las personas mayores.
 - Art.53: indica que los poderes públicos deberán procurar apoyo, que contribuya al sostenimiento y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

- 1982: Ley Orgánica 1 de 1982 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen: Consiste en la facultad exclusiva que tiene cualquier persona para captar, difundir o publicar su propia imagen y, en consecuencia, para oponerse a que otras personas lo hagan sin su permiso.

- 1988: Se crea el ministerio de Asuntos Sociales, que hoy recibe el nombre de "Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar Social".

- 2006: Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, donde se regulan las condiciones básicas para la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia.
- 2006: Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Establece una serie de derechos que aluden no solo al acceso y al contenido de los servicios de apoyo que las personas con discapacidad requieren, sino también a la superación de las barreras existentes en el entorno que dificultan el pleno desarrollo de su autonomía personal y su participación social (Bernabé et al., 2021).
- 2021: Ley 8/2021 para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica: discapacidad y oposición: por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, que reforma la legislación civil para el apoyo al ejercicio de su capacidad jurídica.
- 2022: Ley 15/2022 integral para la igualdad de trato y la no discriminación: se reconoce la discriminación en relación con la edad de forma explícita.

Toda esta legislación presentada se centra en los reconocimientos hacia las personas mayores otorgando que dichos derechos sean de carácter constitucional, pese a ello todavía se siguen ejerciendo diversas discriminaciones hacia las personas mayores. Por ello, es indispensable seguir trabajando en la atención en la igualdad y proteger su dignidad, a medida que se siga avanzando en promover los derechos fundamentales en los cuidados a través de acciones especializadas e individualizadas.

Marco legislativo en materia de diversidad afectivo-sexual

Con el paso del tiempo, se puede ver cómo los diferentes Estados, CCAA e instituciones de todo tipo han elaborado diferentes normativas frente a las diferentes realidades sociales. Gracias a esta legislación se han podido desarrollar los derechos, despatologizar y conseguir una visibilización social hacia el colectivo LGTBI+.

A continuación, se enumerarán cronológicamente diferentes hitos históricos legislativos a nivel internacional por orden cronológico:

- 1948: La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- 1990: La Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminó la homosexualidad de su Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales.
- 1994: El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas dictaminó que las leyes que prohíben la homosexualidad violan el derecho a la privacidad y a no sufrir discriminación (Helfer y Miller, 1996).
- 2000: Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea: el artículo 21 de dicha carta censura de una forma legislativa cualquier discriminación por motivos de orientación sexual:

Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual (p.13)

- 2002: La salud sexual para la OMS, queda definida de la siguiente manera: “La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y de bienestar social en relación con la sexualidad; no es meramente la ausencia de invalidez, disfunción o enfermedad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, de discriminación y de violencia.
- 2002: Según la OMS (2002) los derechos sexuales incluirían entre otros, el derecho a la educación sexual, el derecho a elegir pareja o a llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. De esta forma observamos cómo la OMS abarca la sexualidad de una forma holística, reconociendo la diversidad afectivo-sexual y el derecho de las personas a no ser discriminadas por ello.
- 2006: Resolución del Parlamento Europeo sobre la homofobia en Europa, se condena toda discriminación basada en orientación y/o identidad de género. Se piden garantías para la protección del colectivo LGTBI+. Se subraya que, “es necesaria una educación sexual de calidad, accesible y respetuosa e insta a los estados miembros y a la Comisión a intensificar la lucha contra la homofobia a través de la educación y por medios administrativos, judiciales y legislativos.” (Parlamento Europeo, 2006).
- 2007: Los principios de Yogyakarta: es el documento más específico en cuanto a derecho de las personas LGTBI+ a nivel internacional. Redactado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas e incluidos en la Declaración de Derechos Humanos establece los principios antidiscriminación sobre legislación internacional en materia de orientación sexual e identidad de género. Algunos puntos de relevancia de entre los 29 principios de

que consta la Carta son:

- Derechos a la vida, al trabajo, a la libertad de opinión y expresión, a formar una familia y derecho a la educación.
- Se realizó como medida frente a lo graves episodios de violencia sufridos por el colectivo LGTBI+ (Sanders et al., 2008).

Como se ha expuesto, existe abundante legislación internacional cuya intención es la de conseguir la igualdad de todas las personas con independencia de su orientación y/o identidad afectivo-sexual, como principio y objetivo fundamental. A continuación, se realizará el mismo análisis a nivel estatal.

A continuación, se enumerarán cronológicamente diferentes hitos históricos legislativos a nivel nacional. Debemos tener presente que, pese a que España es uno de los países más avanzados en cuanto a libertades y derechos LGTBI+, hasta no hace mucho tiempo, era algo penado y, por ende, prohibido.

- 1970: Ley 16/1970 sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social: fue aprobada por el régimen franquista el 5 de agosto de 1970. Como menciona Salazar y Gutiérrez (2008), ésta sustituyó la antigua Ley de Vagos y Maleantes que pretendía desde 1933 controlar todos los elementos considerados antisociales, mendicidad, homosexualidad, vandalismo, tráfico y consumo de drogas, venta pornografía, prostitución y proxenetismo, inmigrantes ilegales y a cualquiera que no entrara en dicho listado pero que el régimen lo considerara un peligro social. Mediada la década de los cincuenta, se endurece la Ley de Vagos y Maleantes, "que considera al homosexual peligroso 'per se', se le priva de libertad y se le

somete a vigilancia para salvaguardarle de sus instintos degenerados" (Altman, 2006 pp.193-210).

Las personas homosexuales no tenían amnistías durante la época (1975-1978), es por ello por lo que siguen teniendo antecedentes por esta causa. En todas las CC. AA menos en Catalunya, que se han eliminado. Otra puntualización es mencionar las cárceles para homosexuales en España, situadas en Huelva y Extremadura. En otras cárceles tenían módulos específicos.

- 1978: la aprobación de la Constitución Española supuso un marco general de reconocimiento de la igualdad formal, ya que en su artículo 14 reza lo siguiente: "Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".
 - Artículo 1: "Como valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político".
 - Constitución; Artículo 27: "La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales".

Leyes más recientes en relación con la diversidad afectivo-sexual en España por orden cronológico:

- 2005: Ley 13/2005 por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio: Esta ley legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo en España, reconociendo plenamente los derechos y responsabilidades de las parejas del mismo sexo en el matrimonio civil. Como consecuencia, también se adquirirían otros derechos, tales como la adopción conjunta y pensión. La ley fue publicada el 2 de julio de 2005, el matrimonio entre personas del mismo sexo fue oficialmente legal en España el 3 de julio de 2005.
- 2007: Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas: Esta ley permite a las personas trans solicitar la rectificación registral de su sexo y nombre de acuerdo con su identidad de género autopercibida, sin necesidad de intervención quirúrgica u otros requisitos médicos. Fue derogada por la ley 4/2023.
- 2007: Ley Orgánica 3/2007 de igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género: Esta ley aborda la discriminación y violencia basada en la orientación sexual e identidad de género, estableciendo medidas de prevención, protección y reparación para las víctimas de violencia LGBTI+fóbica.
- 2015: Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia: Esta ley establece el derecho de los menores trans a ser tratados de acuerdo con su identidad de género, y garantiza su derecho a la no discriminación y al desarrollo integral.

- 2023: Ley 4/2023 para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI+. El objetivo de Desarrollar y garantizar los derechos de las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersexuales (LGTBI+) erradicando las situaciones de discriminación, para asegurar que en España se pueda vivir la orientación sexual, la identidad sexual, la expresión de género, las características sexuales y la diversidad familiar con plena libertad. Las medidas que incluye son numerosas, la rectificación de la mención registral relativa al sexo, la despatologización de las personas trans, la reversibilidad, la prohibición de las terapias de conversión, la filiación de los hijos/as/es de parejas de lesbianas no casadas, los derechos de las personas intersexuales y la contemplación de las personas LGTBI+ en el ámbito rural y laboral entre otros.

Al margen de estas legislaciones cabe destacar la importancia del movimiento de liberación homosexual y los frentes de liberación en España durante largos años. Siendo decisivo para el colectivo LGTBI+ y así, lograr grandes hitos en la liberación sexual y, pese a que quede mucho recorrido, se han logrado muchos avances, como por ejemplo el matrimonio igualitario.

Estas leyes buscan proteger y promover los derechos de las personas LGTBI+, reconocen la igualdad y promueven el derecho a vivir una vida plena y sin discriminación. Si bien en España se han logrado avances significativos en relación con la diversidad afectivo-sexual, aún existen desafíos en la protección de los derechos LGTBI+, como son la promoción de una educación inclusiva, la sensibilización social y la libre discriminación en ámbitos sociales y laborales.

En resumen, las leyes promueven la igualdad real y efectiva pero la promulgación de las leyes por sí sola no es suficiente ni garantía de igualdad. Para que estas legislaciones tengan un impacto real en la sociedad es necesaria la sensibilización y la educación para que el cambio sea una realidad.

Marco legislativo en relación con la diversidad cultural y religiosa

Existen diferentes marcos legislativos nacionales e internacionales que garantizan la diversidad de las personas y protegen sus derechos. Algunas de las más relevantes en orden cronológico:

- 1948: Declaración Universal de los Derechos Humanos: Adoptada en por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece que todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, género, religión, entre otros.
- 1950: Convenio de Roma: se reconoce el principio de no discriminación, goce de derechos y libertades sin distinción por raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social,
- 1965: Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación racial: instrumento jurídico elaborado en las Naciones Unidas cuyo propósito es que todos los Estados que forman partes promuevan y estimulen el respeto, los derechos y las libertades universales, sin distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión.
- 1978: Constitución Española: Establece en su artículo 14 que todas las personas son iguales ante la ley y prohíbe la

discriminación por motivos de género, origen, raza, religión, entre otros.

- 1992: Asamblea General de Naciones Unidas (1992). Resolución 47/135. Declaración de los Derechos de las Personas pertenecientes a Minorías Nacionales, Étnicas, Religiosas y Lingüísticas: Se aprueba en las Naciones Unidas reconociendo expresamente el derecho a la identidad étnica, religiosa, cultural y lingüística.
- 2001: Declaración Mundial sobre Diversidad Cultural: en su art.4 considera los derechos humanos como garantes de la diversidad cultural, estableciendo la defensa de la diversidad cultural, considerándola un imperativo ético inseparable del respeto de la dignidad humana.
- 2005: Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de Expresiones Culturales: aprobada por la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) se considera la diversidad cultural como patrimonio común de la humanidad. Además, considera dicha diversidad como indispensable para la paz y la seguridad.
- 2022: Ley 15/2022 de Igualdad de Trato y No Discriminación: Aprobada en España, establece medidas para prevenir y eliminar la discriminación por motivos de género, orientación sexual, religión, entre otros.

Estas leyes y convenciones reconocen la diversidad de las personas, incluidas las personas mayores. Todas ellas protegen sus derechos frente a la discriminación. Hemos querido tener estos marcos normativos en cuenta ya que son herramientas fundamentales para promover la

inclusión y la igualdad de oportunidades para construir sociedades más justas y respetuosas con la diversidad humana.

7. MARCO DE INTERVENCIÓN

A la hora de trabajar la diversidad en los centros gerontológicos no se puede seguir trabajando en relación con modelos tradicionalistas, o también conocidos como los Modelos Centrados en el Servicio (MCS). Es fundamental realizar un cambio de paradigma y así, que la atención se centre en las personas usuarias de los servicios. El Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP), se fundamenta en la importancia de la persona como eje central en la intervención, para que las personas mayores, y aquellas personas que lo precisen, puedan mantener la mejor calidad de vida, de acuerdo con sus preferencias individuales y con el mayor grado de independencia, participación, realización personal y dignidad humana. Dicho modelo tiene en cuenta las posibles diversidades, es por ello por lo que se considera como un modelo necesario de intervención. La ACP fue definida como aquella “que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (Rodríguez-Rodríguez 2010).

Según la OMS (2016), la atención centrada en la persona se define como “forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales (p.2)

Por lo tanto, el MACP opta por cambiar el modelo tradicional hacia un modelo donde el eje siempre será la persona usuaria del servicio. Si reconocemos a cada persona su heterogeneidad fomentaremos la inclusión y la autonomía personal de la persona, donde esta podrá ejercer sus propias tomas de decisiones. Para este proceso será indispensable conocer su proyecto de atención y vida, incluyendo su historia de vida.

Este cambio de modelo no puede ejecutarse sin la formación hacia los profesionales, así como su compromiso y concienciación hacia el cambio, proporcionando una atención que sea en todo momento personalizada, respetuosa y que fomente la autonomía y la independencia de todos/as los/as usuarios/as del centro. En el momento que todas las personas usuarias del servicio se sientan escuchadas y valoradas mejorará su calidad de vida, y no solo eso, también su confianza, mejorando su salud mental y física, así como su satisfacción personal y vital. Existen diversas formas de implementación, algunos de los objetivos deberán ser:

- Proporcionar escucha activa e individualizada, respetando en todo momento sus necesidades y decisiones.
- Proporcionar una atención personalizada adaptada e inclusiva.
- Creación de entornos seguros, acogedores y participativos, fomentando la autonomía y la independencia.
- Involucrar a las familias y allegados de las personas usuarias del servicio en los procesos de atención y actividades, previa autorización de la persona.

El MACP es un proceso y una forma de atención especializada, a la hora de llevarlo a cabo es muy importante el enfoque de las intervenciones. Según el Decálogo de Martínez (2011), se destacan 10 asunciones que muestran cómo tiene que ser el enfoque de la atención:

1. Todas las personas tienen dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su vida.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

El MACP plantea un enfoque del cuidado teniendo en cuenta a la persona, su dignidad y sus deseos, además, presta especial atención a su decisiones, gustos y preferencias entendiendo que cada persona tiene una identidad única y diferenciada del resto.

Todo ello con el objetivo que toda persona mayor, independientemente de su dependencia, desarrolle su propio proceso vital. Conservar la dignidad en todo este proceso es fundamental para promover su calidad de vida.

La capacitación de los profesionales se realizará siempre teniendo en cuenta dos variables, en primer lugar, la capacitación no únicamente estará vinculada a conocimientos y habilidades técnicas, también, hacia las actitudes y las prácticas éticas que posibiliten las relaciones relacionadas al respeto en el centro. En segundo lugar, la capacitación también tendrá que ser vinculante y junto con el resto de los/as usuarios/as, tienen que saber en todo momento el tipo de atención que se

les ofrece y su poder de elección. El cuidado engloba aquellas prácticas individuales y sociales destinadas a asegurar la supervivencia y bienestar de los seres humanos.

Cuidar significa apoyar a las personas en su autonomía, ayudarles a desenvolverse en la vida cotidiana (HelpAge International España, 2021). De esta concienciación sobre los derechos de las personas mayores, que parte de la consideración y defensa de que las personas que precisan cuidados tienen derecho a ejercer de forma directa o indirecta el control sobre su vida y sobre sus cuidados. Se hace evidente la necesidad de nuevas formas de cuidado que apuesten por poner en el centro a la persona.

A continuación, se puede apreciar la operatividad del MACP (Tabla 4):

Tabla 4

Operatividad del MACP

El conocimiento-reconocimiento de la persona.	Se reconoce a las personas desde una doble dimensión: la diversidad de sus necesidades y la singularidad que consigue una trayectoria vital única e irrepetible.
El apoyo a la autodeterminación.	Capacidad y como el derecho de la persona a tomar sus propias decisiones y a mantener control sobre su vida.
La comunicación centrada en la persona.	Implica buscar interacciones en las que la persona se pueda expresar en libertad, comprenda lo que sucede a su alrededor y, sobre todo, se sienta escuchada, comprendida, aceptada y apoyada.
La individualización del cuidado para procurar bienestar	En referencia a la flexibilidad que debe tener el cuidado para adaptarse no solo a las necesidades de la persona sino también a sus preferencias, con el objetivo de buscar el bienestar integral de la persona.
La protección de la intimidad	Atañe a la privacidad que requieren las atenciones corporales, cuidados y atenciones (aseo, vestido, curas, exploraciones médicas, etc.) que acceden al cuerpo de la persona, y a la intimidad espacial que tiene que ver con respetar el territorio que configura el ámbito privado de la persona.

Fuente: extraído de Sancho y Martínez (2021)

El MACP se rige por dos conceptos clave que ilustran todo el conjunto de sus elementos y que se colocan como referentes: dignidad y derechos, ambos inherentes a la condición de persona. Para el cumplimiento de estos elementos y el correcto cumplimiento de todos los principios del MACP se debe establecer un compromiso ético.

Lograr una vida realizada, con y para otros, en instituciones residenciales exige a los profesionales que se relacionan y trabajan con personas mayores cumplir una serie de principios morales que obligan a un buen trato o calidad en la atención. No se puede obviar que la organización de los centros residenciales para personas mayores puede suponer un impacto importante en la vida y derechos de las personas residentes, y que mediante normas rígidas y actividades impuestas se sustrae a las personas mayores de su autonomía, privacidad e identidad (Goikoetxea, 2013).

El concepto de vejez se debe establecer como parte del proceso vital, no sólo puramente biológico, también, como parte del desarrollo vital, social y laboral. Desde la bioética esta constatación se desarrolla a través de varios principios de la bioética, todos ellos otorgan validez y calidad en las intervenciones sociosanitarias, estos principios son:

- Principio de no maleficencia: Se basa en proporcionar un trato digno sin hacer daño, escogido previamente por el usuario, evitando el edadismo y ofrecer en todo momento respeto tanto directo como a su intimidad tanto personal como en el cuidado.
- Principio de justicia: Ninguna persona puede ser discriminada sea cual sea su edad, raza, orientación sexual, identidad de género, grado de dependencia, patologías, etc. Del mismo modo toda persona será tratada de la misma manera y forma ofreciendo a

cada persona una atención según sus necesidades, ofreciendo, por lo tanto, igualdad e inclusión.

- Principio de autonomía: La base de este principio es el respeto hacia las elecciones previas y la libre elección, derecho a ser informados y el derecho de ejercer la libertad de elección. La elaboración del proyecto de vida de cada persona en base a sus propios principios, ideales y valores es fundamental.
- Principio de beneficencia: Su objetivo es hacer el bien y conseguir el mayor grado de bienestar posible para los/as usuarios/as a través de las intervenciones participativas, limitando sus riesgos y proporcionando un trato digno y respetuoso.

Para el cumplimiento estos principios se precisa la elaboración de planes de atención especializada e individualizada, del mismo modo tendrá que producirse la actuación por parte de todos los profesionales. Por tanto, se debe conocer la ética y sus componentes como son los objetivos, principios y el modo de interpretación. Esto es fundamental para dar respuesta a los conflictos éticos que se pudieran producir, algunos de estos conflictos éticos se pueden relacionar con la toma de decisiones, autonomía personal, proyecto final de vida, consentimientos informados, etc. Los compromisos éticos se pueden diferenciar según si son a nivel micro o privado, a nivel meso o de la organización y a nivel macro o de políticas sociales (Tabla 5).

Tabla 5

Niveles de compromiso ético en los Centros Gerontológicos

A nivel micro o privado	Refiere al personal y a profesionales de atención directa; y que hace referencia a las decisiones, comportamientos, modos de relación, condiciones estructurales de vida de las personas mayores en los espacios donde se da la relación de asistencia y cuidado.
A nivel meso o de la organización	En relación con quienes ejercen funciones de coordinación, liderazgo o gestión entre los diversos servicios y estructuras implicadas; y que hace referencia a la gestión del bien común a través de la organización y la calidad de los recursos sin perder de vista el impulso y desarrollo de modelos asistenciales que fomenten la personalización y la atención a las preferencias y deseos de las personas mayores.
A nivel macro o de las políticas sociales	A quienes tienen la responsabilidad de legislar los marcos donde se dan las actuaciones profesionales y las exigencias mínimas para las actuaciones y también de planificar los recursos; y que persigue la máxima calidad y eficiencia de los recursos haciendo realidad el principio de justicia.

Fuente: extraído de Goikoetxea (2022)

El conocimiento de estos principios debe ayudar a minimizar, e incluso dar respuesta a los conflictos éticos que se dan en los centros desde el manejo de los principios bioéticos. Problemas éticos que se pueden presentar en cualquier momento de la estancia del mayor y sus familias en el centro. Algunos de los problemas más frecuentes son los

relacionados con el edadismo en los trabajadores, las familias o incluso el propio centro.

8. DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

OG. Analizar, a través de variables psicológicas personales, la actitud hacia la diversidad en futuras generaciones que puedan asistir a centros gerontológicos.

Objetivos específicos

- OE1. Examinar las relaciones entre discriminación por razón de religión, etnicidad y diversidad afectivo-sexual.
- OE2. Comprobar la necesidad de implantación de un plan de intervención en relación con la diversidad en los centros gerontológicos.
- OE3. Sistematizar la información publicada sobre la diversidad en relación con las personas mayores.
- OE4. Realizar una propuesta de un plan de intervención en relación con la diversidad para los centros gerontológicos gestionados por Mimara Residencial SLU, en base a los resultados obtenidos.

Hipótesis

- H1. Existe una escasa o nula formación por parte del personal de los centros Gerontológicos en materia de diversidad afectivo-sexual.
- H2. La intervención desde la multiculturalidad y la religión tiene relación directa con la mejora en la calidad de vida de las personas usuarias de los centros Gerontológicos.

- H3. La falta de atención a la diversidad afectivo-sexual tiene como consecuencia un estado de salud peor en personas mayores LGTBI+ versus personas heterosexuales.
- H4. Existen una correlación positiva entre el grado de homofobia, la actitud hacia la religión y el racismo. Se espera que los sujetos con puntajes altos en la escala de homofobia (HST) puntúen de forma significativamente positiva en la escala de actitud religiosa (ART) y en la escala de racismo (RMAT).
- H5. Los participantes de la muestra de sexo masculino obtendrán una puntuación total mayor en las escalas totales, indicando una menor actitud positiva hacia la diversidad.
- H6. La necesidad de trabajar desde el Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP) es fundamental para trabajar la diversidad en los centros Gerontológicos.
- H7. Las generaciones más jóvenes tienen unos índices inferiores con relación a su actitud hacia la diversidad en comparación con la generación más cercana a la posibilidad de acudir a centros gerontológicos.

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

9. MATERIALES Y MÉTODOS

A continuación, se exponen las diversas metodologías y materiales que se han empleado para obtener los resultados en cada una de las tres líneas de investigación planteadas en esta tesis, una revisión sistemática de la literatura que trata la diversidad en los centros gerontológicos, una revisión crítica de los instrumentos empleados para evaluar la diversidad y un análisis de las encuestas administradas a una muestra de personas que forman parte de la población general.

Revisión sistemática de la literatura que aborda la diversidad en relación con los Centros Gerontológicos

La revisión sistemática tiene como objetivo general sistematizar la información publicada sobre la diversidad en relación con las personas mayores. Además, en línea con la lectura interseccional de la literatura, la revisión tiene como objetivo relacionado el comprobar la necesidad de implantación de un plan de intervención en relación con la diversidad en los centros gerontológicos. La revisión sistemática de la literatura consiste en la identificación, selección, recuperación y análisis de las aportaciones científicas al respecto del tema de interés a través del método PRISMA, revisando toda la literatura de un mismo tema detallando los términos de búsqueda y utilizando el marco PICO (Paciente o Problema, Intervención, Comparación y Resultado) para estructurar el enfoque de revisión sistemática en torno a la diversidad y las personas mayores.

En primer lugar, se establecieron las fases con el fin de garantizar la identificación y selección de los documentos, posteriormente se identificará la pregunta PICO. A continuación, se realizó una descripción de todos los criterios de selección de los estudios, criterios de exclusión,

fuentes de información y métodos de búsqueda. Incluyendo las palabras clave (términos Mesh y términos DeCs) junto con los operadores booleanos. En cuanto a las bases de datos de búsqueda se establecen las siguientes como motores de búsqueda: Web of science, Scopus, Pubmed, Cochrane Library y Scielo.

Seguidamente, y con toda la información previa se realiza un flujograma con toda la información descrita anteriormente, junto con los datos numéricos de los artículos encontrados y los artículos incluidos en la revisión. Se redacta una segunda tabla a través de la escala Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM), esta se caracteriza por valorar la evidencia según el área temática o escenario clínico y el tipo de estudio que involucra al problema clínico en cuestión (CEBM, 2023). Indicándose el nivel de evidencia y el grado de recomendación de cada artículo escogido para su posterior análisis.

A continuación, se incluye en el apartado una tabla junto con el análisis completo de todos los artículos seleccionados donde se indicará el país de publicación, el título (en caso de ser en inglés de incluirá su traducción), el tipo y muestra, el objetivo y los hallazgos principales que se observan en cada uno de ellos.

Revisión sistemática de los instrumentos que evalúan la diversidad

La revisión de los instrumentos que evalúan la diversidad tiene como objetivo sistematizar los instrumentos utilizados previamente en otros estudios en relación con las personas mayores y con la diversidad. Para ello se realizará una tabla donde se indicará la variable central del estudio, autor/es y año de publicación, título y objetivo. También se

añadirá su posible idoneidad con el presente estudio para su elección final.

Del mismo modo que en la revisión sistemática anterior se establecerá una búsqueda en los mismos motores de búsqueda a través de operadores booleanos, se identifica como criterio de inclusión su validación y traducción en español/castellano.

Administración de los cuestionarios escogidos a una muestra

Los cuestionarios seleccionados para su administración son los siguientes:

- Escala de Racismo Moderno (MRS), según el modelo de McConahay (1986).
- Escala de homofobia (HS), según el modelo de Wright et al. (1999).
- Escala de Actitud Religiosa (EAR), a partir de las escalas de Cristianismo, Judaísmo, Hinduismo e Islam propuestas por Francis et al. (2008).

Además, se incluirá previamente a estos un cuestionario de recogida de información.

Los instrumentos de esta revisión darán respuesta al objetivo específico número 1 (examinar las relaciones entre discriminación por razón de religión, etnicidad y diversidad afectivo-sexual).

Planificación del desarrollo de la tesis

La propuesta metodológica se desarrolla en tres fases como puesta en marcha del estudio. Con el objetivo de realizar un análisis sobre la actitud a cerca de la diversidad en generaciones que podrían ir a centros gerontológicos.

Al fin de lo anterior, y para una mayor organización se desarrolló la planificación temporal.

Fases:

En primer lugar, para la preparación de la investigación se realizó una búsqueda de la información actual sobre el tema a desarrollar, posteriormente se realizaron búsquedas sobre programas y proyectos existentes. Al comprobar que el abordaje de este tema en España era muy escaso se valoró la importancia de continuar con dicho trabajo y avanzar en la investigación. Posteriormente, en dicho estudio se determinaron los objetivos pertinentes y las hipótesis que se iban a barajar.

En el caso de los objetivos se plantearon en torno a la diversidad afectivo-sexual en los centros gerontológicos, pero después se quiso indagar más sobre el propio término de diversidad y la actitud de las generaciones más cercanas con posibilidad de acudir a algún servicio relacionado con el ámbito gerontológico. En concreto, en el contexto empresarial e implantar un modelo nuevo de gestión mediante protocolos de actuación en Mimara Residencial SLU. En dicha fase también se determinaron las cinco hipótesis que se plantearían en el estudio.

En tercer y último lugar una vez elegido el tema se inició la búsqueda de documentación académica sobre el objeto de estudio. Se han consultado bases científicas electrónicas como Scopus, Researchgate, Google Scholar, Eduso y otros. También se realizó una búsqueda de revistas científicas y libros en biblioteca, mayoritariamente online dado que la mayor arca de información proviene de Estados Unidos.

A continuación, y tras leer y ordenar la información recopilada, se pasó a realizar una fundamentación teórica. Se realizaron resúmenes y esquemas de autores y de artículos como método esquematizado de la información. Todo ello, para fundamentar de forma idónea y asentar las bases para una adecuada investigación.

Posteriormente, en la segunda fase denominada trabajo de campo se pretende producir la toma de contacto realizando y obteniendo las muestras, de gran importancia para poder ver si las hipótesis planteadas se confirmaban o, por el contrario, se refutaban.

La tercera fase, estará destinada a las conclusiones. Este apartado será de los más relevantes en el estudio presentado. Se presentarán las conclusiones de la investigación y se pondrá en relevancia si los resultados obtenidos avalan las hipótesis presentadas al inicio.

También se realizarán las puntualizaciones pertinentes relacionadas con el estudio, a la hora de desarrollar las conclusiones se tendrán en cuenta todos los datos obtenidos durante la fase de trabajo.

Cronograma de Gantt:

El estudio pretende tener una duración de, aproximadamente, 3 años, desde junio de 2021 hasta enero de 2024. Los apartados y actividades a realizar se han distribuido utilizando el método cronograma de Gantt (Tabla 6).

Tabla 6

Cronograma de Gantt

FASES	FASE I			FASE II			FASE III			
MESES	JUN	OCT	FEB	JUN	OCT	FEB	JUN	SEP	EN	
AÑO	2021	2021	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2024	
1. Selección del tema de investigación y colectivo.	■									
2. Formular objetivos e hipótesis.	■									
3. Propuesta de investigación.			■							
4. Planteamiento metodológico.			■							
5. Trabajo de campo.					■					
6. Revisión sistemática.					■					
7. Recogida y análisis de datos.							■			
8. Tabulación de datos.							■			
9. Conclusiones.									■	
10. Revisión.			■							

Fuente: elaboración propia.

10. POBLACIÓN Y LUGAR DEL ESTUDIO

En cuanto a la población del estudio los criterios se establecieron en función del método utilizado, a continuación, se detalla cada uno de ellos:

- Revisión sistemática de la literatura que abordan la diversidad en los centros gerontológicos: La búsqueda durante la revisión sistemática se realizó en base a la búsqueda del tipo de estudio, no siendo el lugar de publicación un criterio de exclusión. Se establece la búsqueda, por lo tanto, independientemente del lugar de su publicación. En cuanto a la edad se establece el criterio de inclusión a publicaciones/estudios cuyos participantes sean personas de centros gerontológicos o mayores de 45 años.
- Revisión de los instrumentos que evalúan la diversidad: En cuanto a la revisión de los instrumentos, de igual modo que en el apartado anterior se realiza una búsqueda global, sin criterio de exclusión por lugar. Se establece el criterio de inclusión a cuestionarios/escalas/test cuyo objetivo sea el análisis de la diversidad, o bien con un enfoque hacia la actitud religiosa, la actitud hacia personas LGTBI+ y/o hacia la diversidad multicultural.
- Administración de los cuestionarios escogidos a una muestra: La muestra se selecciona de forma accidental no probabilística. La administración será a través de enlace, dentro del siguiente dominio: <https://psico.fcep.urv.cat>. Dichos cuestionarios estarán previamente configurados y redactados en la web de la Universidad Rovira i Virgili, concretamente en la facultad de

psicología. La divulgación de dicho enlace se realizará a través de diferentes redes sociales (WhatsApp, LinkedIn y Facebook).

En cuanto a la población objetivo, se establece la edad mínima de participación en 45 años, la edad máxima se establece en 65 años ya que es la edad mínima que se suele establecer para acceder a centros gerontológicos (exceptuando los centros en los que se establecen los casos excepcionales). En relación con el lugar se establece que la muestra sea a nivel nacional.

11. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se trata de un estudio realizado mediante una metodología descriptiva, para su realización se utilizaron diversas técnicas de recogida de información.

La primera técnica utilizada fue la revisión sistemática utilizando la aproximación PRISMA (Preferred Reporting of Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). Dicha técnica se considera una herramienta sistemática y secuencial caracterizada por la revisión de la literatura disponible. Esta aproximación permite identificar la literatura relevante sobre la clasificación del concepto de diversidad en el campo gerontológico.

En segundo lugar, se identificaron los tests más relevantes y con más vinculación con el presente estudio, realizando una revisión sistemática y posterior análisis de cada uno de ellos. Finalmente se establecieron tres, en primer lugar, la escala de racismo moderno de McConahay (1986). En segundo lugar, la escala de homofobia de Wright et al. (1999); y en último lugar, la escala de actitud religiosa que consta de las escalas de

cristianismo, judaísmo, hinduismo e islam propuestas por Francis et al. (2008).

En tercer lugar, se identificaron los resultados de los tres cuestionarios mediante el paquete SPSS 25. Se calcularon los descriptivos de la muestra y para cada escala, las correlaciones entre variables de las escalas y los modelos de regresión.

Análisis de la revisión sistemática de la literatura que abordan la diversidad en relación con los Centros Gerontológicos

La técnica consistió en un análisis pormenorizado en documentación y bibliografía para responder al objetivo específico número 3 del presente estudio (sistematizar la información publicada sobre la diversidad en relación con las personas mayores). Proporcionó a la investigación una visión holística de la situación en la que se enmarcaba el estudio. La investigación corresponde a una revisión sistemática que consiste en la identificación, selección, recuperación y análisis de las aportaciones científicas al respecto del tema de interés. Esta revisión sistemática se basa en las directrices de los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA), cuyo principal propósito es el de proporcionar una guía para realizar la documentación adecuada de las motivaciones que orientaron al investigador a realizar la revisión sistemática (Page et al., 2020). Se utiliza el marco PICO para estructurar el enfoque de revisión sistemática en torno a la diversidad y las personas mayores. Para este fin se establece una lista de comprobación en la que se incluyen: los criterios para elegir la información, la selección de fuentes de información, el proceso que se aplicará para seleccionar los estudios de referencia, y el

proceso que se utilizará para recopilar y analizar la información (Hutton et al., 2016).

A continuación, se establecen las particularidades metodológicas que permiten la reproducción de la presente revisión sistemática. A tal efecto, se establecen los apartados de objetivos, criterios de selección de estudios, fuentes de información y método de búsqueda, protocolo de búsqueda, evaluación de la calidad metodológica y aportaciones científicas de los artículos seleccionados.

Se llevó a cabo mediante la aplicación de un diseño de tipo no experimental, se busca realizar la revisión sistemática de las aportaciones realizadas por diversos autores/as en el marco de la temática relacionada con la diversidad en los centros gerontológicos. En consecuencia, la información se obtiene mediante el análisis documental y no por medio de la manipulación deliberada de las variables intervinientes en el tema de estudio. Según el alcance de la presente investigación se establece que es de tipo descriptiva, permite la recopilación detalla y en profundidad de los aspectos asociados con las características relacionadas con la situación del estudio. Por lo tanto, se trabaja desde la investigación documental, considerando la información necesaria para dar cumplimiento a cada objetivo establecido.

En cuanto a la modalidad, se trabaja con un tipo de investigación documental, considerando que la información necesaria para dar cumplimiento a cada objetivo previamente establecido. Se obtiene por medio de un análisis de diferentes aproximaciones teóricas obtenidas de la revisión de distintas fuentes bibliográficas. Considerando que la investigación se realiza en base a la recopilación de datos estadísticos para su proyección en población de adultos mayores, se establece que la

investigación se desarrolla desde un enfoque cualitativo y cuantitativo. Se realiza el análisis, interpretación y contraste de las aportaciones halladas, además, los datos obtenidos se tendrán en cuenta para una futura propuesta de intervención en relación con centros gerontológicos y potenciales usuarios/as en torno a la actitud de la diversidad.

El trabajo desarrollado y la metodología que se expone a continuación se asientan sobre la pregunta en relación con a la pregunta PICO, que se plantea en la siguiente tabla (Tabla 8), reflejándose a través de ella las características de los objetivos general y específicos del proyecto de investigación.

Tabla 7

Pregunta PICO

P	I	C	O
Paciente o problema	Intervención	Comparación	Resultado (Outcome)
Personas mayores	Atención a la diversidad	No procede	Beneficios en la calidad de vida

Fuente: elaboración propia.

En concreto, esta tabla se traslada a la definición de la siguiente pregunta PICO:

¿Cómo influye la atención a la diversidad sobre la calidad de vida de las personas mayores?

De todos los artículos obtenidos en las búsquedas, un total de 1.458 artículos, se descartaron los artículos duplicados en las diferentes bases de datos y las revisiones sistemáticas. Un total de 1.311 artículos fueron

descartados, por lo que fueron 147 los artículos seleccionados para una primera lectura del título y el resumen.

Análisis de los cuestionarios escogidos en la muestra

Se administró un cuestionario de recogida de datos que incluía la información principal como el sexo, la orientación sexual, la edad, el estado civil y la vivienda (Tabla 14), junto con la Escala de Racismo Moderno (MRS), la Escala de Homofobia (HS) y la Escala de Actitud Religiosa (EAR). A la hora de establecer los parámetros de participación se estableció que todas las personas debían tener más de 40 años. En los casos de las personas que marcaron alguna alternativa que las situara como minoría, sus datos fueron retirados de la base de datos final.

Una vez se establecieron los instrumentos que se iban a utilizar se procedió al envío del cuestionario, que incluiría todos ellos (Anexo III). Además, se incluyó una carta de presentación al inicio de estos para que las personas que participasen dispusieran de toda la información, incluyendo la finalidad y el objetivo del estudio (Anexo II). Se hizo llegar vía mail, donde los participantes accedieron a través de la web, previamente realizada y configurada por el departamento de informática, y previa aprobación por el comité ético de la universidad Rovira i Virgili, a través de la comisión ética Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA), emitiendo el correspondiente informe favorable con número de referencia CEIPSA-2021-PR-0056.

En cuanto a posibles entradas repetidas desde una misma IP, el programa detecta las entradas a cuestionarios con IP reiteradas, posteriormente para el análisis se dejó únicamente como válida la primera entrada.

Una vez obtenidos los resultados se procedió al análisis utilizando el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para obtener algunas de las propiedades psicométricas de los ítems y el Análisis Factorial Exploratorio. Se establecieron algunos análisis como fijos (análisis descriptivos, medias, desviaciones típicas, t de Student, ANOVA y correlaciones entre las variables), el resto de los análisis se realizaron en función de la necesidad según el análisis de los resultados.

11.1. Adaptación de la Escala de racismo moderno según el modelo de McConahay (1986) de Navas (1998)

La escala de Racismo Moderno fue traducida, adaptada y validada al español por Navas (1998), ($\alpha = ,81$); también se utilizó por Núñez-Alarcón et al. (2011) y adaptada por Cárdenas (2007). El racismo, como término tradicional, se ilustra en creencias que defienden la inferioridad de una raza versus otra, apoyando la segregación. Estas formas de entender el racismo actualmente son políticamente incorrectas y socialmente no aceptadas en su gran mayoría, pero esto no quiere decir que no exista racismo en la sociedad de una forma menos explícita.

Las actitudes y comportamientos asociados al racismo siguen imperando en nuestra sociedad conformando nuevas formas un racismo encubierto. El racismo moderno, término acuñado por McConahay (1986) refiere a un tipo de racismo más sutil e indirecto que el tradicional racismo social, donde se establecen argumentos sobre “justicia”, “discriminación inversa” y contra las acciones y medidas relacionadas a la discriminación positiva. Según McConahay (1986) el racismo moderno se caracteriza por 3 creencias principales.

En primer lugar, las personas con racismo moderno indican que las personas racializadas ya no tienen problemas de discriminación; en

segundo lugar, siguen exigiendo y demandan derechos que ya tienen. En tercer y último lugar, la atención que reciben por parte del gobierno y de las instituciones políticas es excesiva, inmerecida y constituye un trato especial. Estas 3 creencias se apoyan en 2 principios adicionales, las tres creencias se establecen como hechos empíricos y, por otro lado, las personas que realizan los anteriores discursos no se sienten racistas dado que únicamente el racismo existente es el tradicional (Awad et al., 2005).

En la presente escala de racismo moderno se compone de diez ítems tipo Likert destinados a medir el componente cognitivo de las actitudes raciales encubiertas. La escala de respuesta oscila entre 1, “totalmente en desacuerdo”, y 7, “totalmente de acuerdo”. Los ajustes en la redacción se hicieron a partir de la versión en español de Cárdenas (2007), este mismo autor indica que los resultados obtenidos en la utilización la escala de “racismo moderno” (MRS) confirman la fiabilidad para medir el racismo moderno. La estructura factorial de la escala apunta a revelar que el constructo estaría vinculado a una dimensión de “amenaza y temor” y a otra de “apoyo y comprensión”, las que sustentarían las dimensiones propuestas por los autores de la escala (Cárdenas 2007).

- Factor 1 – Amenaza y Temor (RMAT): Hace alusión a la dimensión de “amenaza y temor”, se comprende por los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 8. Dicho factor revela la percepción en 3 creencias principales en relación con el racismo moderno, en concreto, hace alusión al discurso y percepción sobre que los inmigrantes tienen demasiada influencia, además, se alude al cuestionamiento de la repartición de derechos entre minoría y población mayoritaria.
- Factor 2 – Comprensión y Apoyo (RMCA): El segundo factor, incluye los ítems 3, 9 y 10. Esta dimensión alude a los elementos

relacionados con la “comprensión y apoyo” que los ciudadanos deberían brindar a los inmigrantes.

11.2. Adaptación de la Escala de homofobia de Wright et al. (1999) de Pulido et al. (2013)

La escala de homofobia moderna (HS) de Wright et al. (1999) ha sido adaptada a la población y traducida al español por Pulido et al. (2013), ($\alpha = ,92$); entre otras, también se realizó su validación en italiano por Ciocca et al. (2015), ($\alpha = 0,92$) y en ruso por parte de Tuziak (2017), ($\alpha = 0,92$). También fue utilizada en español por Astasio et al. (2019), ($\alpha = 0,87$).

La mayoría de las escalas que actualmente miden la actitud hacia la diversidad afectivo-sexual no capturan el constructo de homofobia, tampoco incluyen ítems vinculados a compartir habitación/residencia como por ejemplo, en la escala de homofobia de Moral de la Rubia y Martínez (2008); en el caso de la escala de homofobia moderna de Raja y Stokes (1998) se divide entre actitudes hacia homosexuales y hacía lesbianas, tampoco incluye ítems relacionados con compartir habitación y el objeto del estudio no es el de comparar las actitudes entre ambas orientaciones sexuales. Por ello, se estableció la idoneidad en el uso de la escala HS, además, su análisis factorial se distribuye en factores independientes.

La escala de homofobia (HS) es una herramienta válida para evaluar la homofobia, fue desarrollada para evaluar los componentes cognitivos, afectivos y conductuales de la homofobia (Wright et al., 1999). Se basa en un cuestionario el cual consta de 25 ítems tipo likert, el primer factor evalúa las cogniciones negativas con respecto a la homosexualidad, el segundo factor evalúa el afecto negativo y la evitación de las personas

homosexuales, y, por último, el tercer factor evalúa el afecto negativo y la agresión hacia las personas homosexuales.

El cuestionario consta de 25 ítems tipo Likert, la respuesta oscila entre 1 “totalmente de acuerdo” y 5 “totalmente en desacuerdo”; la mayoría de las escalas dividen la actitud sobre la homofobia a través de escalas entre “homosexuales” y “lesbianas” y/o no se hacen preguntas sobre la percepción de los participantes a compartir vivienda o habitación con personas con diferente orientación sexual; es por ello por lo que se optó por la utilización de HS como método. Además, se incluyen variables como la evitación social y la actitud agresiva.

Según Ciocca et al. (2015) la Escala de Homofobia (HS) de Wright et al. (1999) se considera como una de las pruebas de autoinforme más válidas para la medición del constructo homofóbico, porque supera la crítica de muchas escalas de que no evalúan el vasto espectro de homofobia.

Además, la escala HS incluye ítems que evalúan la deseabilidad social, siendo una herramienta que considera el complejo fenómeno de la homofobia de una manera exhaustiva (Costa et al., 2013).

En cuanto al cálculo de los ítems los siguientes elementos se pueden calcular de forma inversa: 1, 2, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25 (para invertir la puntuación de los elementos 1= 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1).

Para calcular las puntuaciones de las subescalas (después de que los elementos se hayan puntuado de forma inversa):

- Factor 1 - Comportamiento/Afecto negativo (HSCAN): se sumaron los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 22 y luego se restó 10. Las puntuaciones oscilaron entre 0 y 40.

- Factor 2 - Afecto/Agresión conductual (HSAG): se sumaron los ítems 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25 y luego se restó 10. Las puntuaciones oscilaron entre 0 y 40.
- Factor 3 - Cognición negativa (HSCN): se sumaron los ítems 3, 8, 16, 18, 20 y luego se restó 5. Las puntuaciones oscilaron entre 0 y 20.
- Factor 4 - Homofobia total (HST): para calcular la puntuación total a escala, se sumó los elementos del 1 al 25 y luego se restó 25 de la puntuación total. El rango de puntuación estaba entre 0 y 100, siendo 0 el puntaje más homofóbico y 100 el menos homofóbico.
- Factor 5 – Complicidad (HSC): para calcular la puntuación de complicidad, se sumó los elementos del 1 al 25.

11.3. Adaptación de la Escala de Actitud Religiosa (EAR) (Büssing, 2019)

La escala Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality de Francis y Enger en 2002 también se denomina Escala de Actitud Religiosa (EAR) o Escala Breve de Religiosidad (EBR), ha sido adaptada al español por Bernabé-Valero et al. (2015), ($\alpha = ,89$); también fue utilizada por Orozco-Parra y Domínguez-Espinosa (2014), ($\alpha = ,94$) y por Rivera-Encinas et al. (2019), ($\alpha = ,94$), esta escala fue creada con el fin de aunar diferentes escalas que evalúan distintos aspectos de la religiosidad y la espiritualidad. Dicha investigación proporcionó evidencia que soporta la consistencia interna de las dimensiones, demostrando correlaciones positivas ítem-total, y mostrando que las diferencias encontradas para sexo y edad de los participantes apoyan la validez de constructo (Neff 2006).

La escala de actitud religiosa (EAR) se diferencia de otras escalas que evalúan la actitud religiosa en su denominación hacia Dios, ya que no hace referencia en una religión en particular. Las creencias religiosas juegan un rol importante en la construcción de la personalidad, ya que la gente crea una historia de vida frecuentemente enraizada en una ideología religiosa que le otorga un significado único (Orozco-Parra et al. 2012). De esta forma se incluyen todas las religiones monoteístas que conforman, en su gran mayoría, nuestra sociedad española. Esta escala incluye ítems sobre experiencias espirituales diarias, valores y creencias, apoyo religioso, historia religiosa/espiritual, religiosidad organizacional, preferencia religiosa, entre otros (Fetzer, 1999). Los resultados sugieren que la EBR podría ser una herramienta útil para evaluar la religiosidad sin explicitar una adscripción concreta, diferenciándola de otros constructos relacionados (Bernabé-Valero et al., 2015).

Esta escala está conformada por un solo factor y se basa en un cuestionario el cual consta de 19 ítems tipo Likert, destinados a medir la actitud ante la religión. La respuesta oscila entre 1 “totalmente de acuerdo” y 5 “totalmente en desacuerdo”.

- Factor 1 – Actitud Religiosa Total (ART): Para calcular la puntuación de la escala total se deben invertir los ítems 3, 7, 9, 11, 12, 15, 16 y 18.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

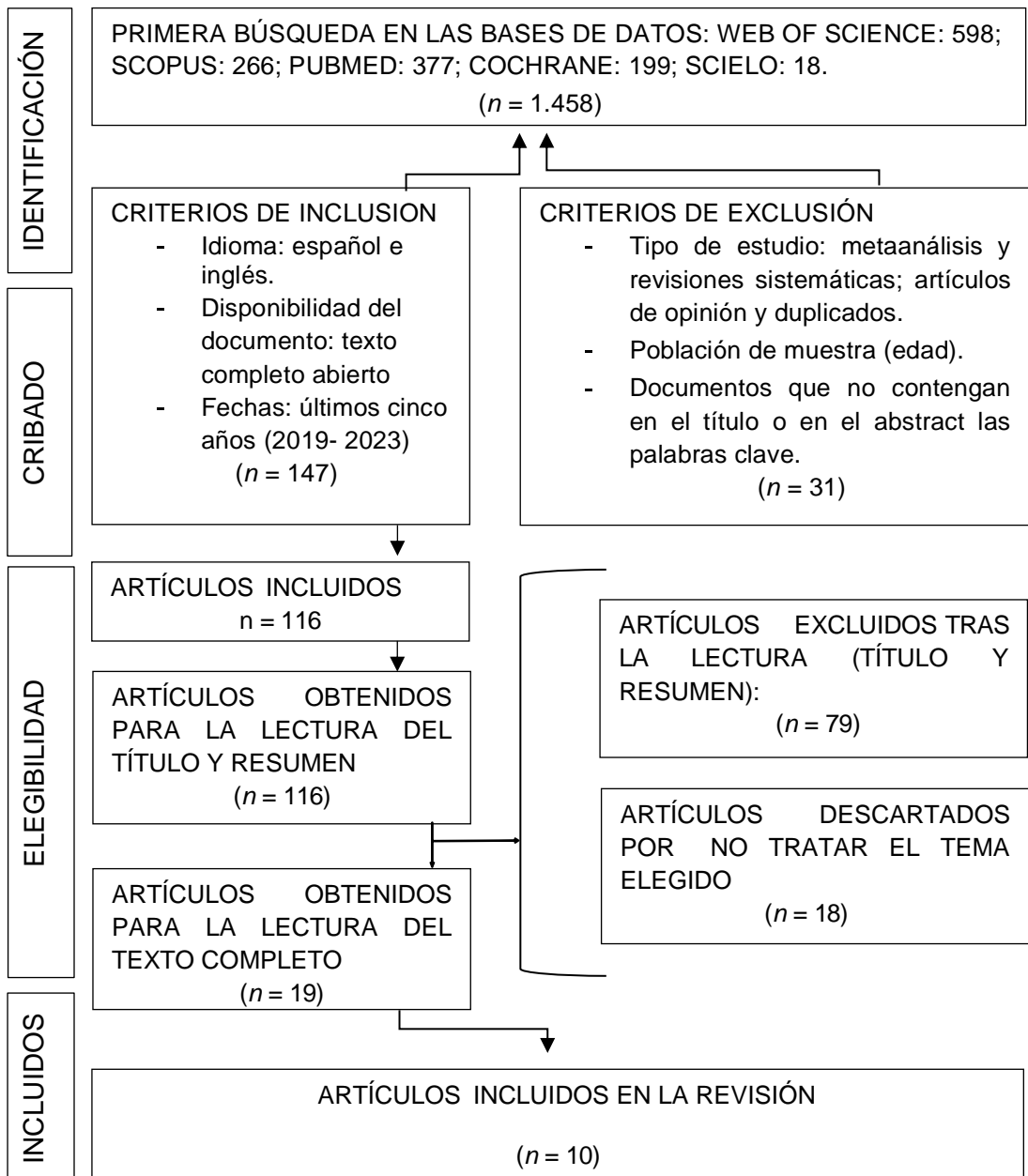
12. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Análisis de la revisión sistemática de la literatura con relación a la diversidad y las personas mayores

A continuación, se muestra detallado el flujograma de búsqueda utilizado durante la revisión sistemática (Figura 8).

Figura 8

Flujograma de la búsqueda bibliográfica



Fuente: elaboración propia.

Evaluación de la calidad metodológica

Se realizó una evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la revisión, mediante la escala *Centre for Evidence-Based Medicine* (CEBM), de Oxford. A continuación, se exponen los aspectos relativos a la identificación de los artículos recuperados. En concreto, se refleja la referencia del artículo, incluyéndose el número correlativo, autores y año de publicación, el idioma en el que se redacta el documento, el nivel de evidencia y el grado de recomendación (Tabla 8).

Tabla 8

Escala CEBM para los artículos incluidos en la revisión

Nº	Autor y año de publicación	Idioma	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
1	Ward et al. (2019)	Inglés	1b	A
2	Villar et al. (2020)	Inglés	2b	B
3	Fredriksen-Goldsen et al. (2023)	Inglés	1b	A
4	Nelson-Becker y Thomas (2020)	Inglés	2b	B
5	Holman et al. (2020)	Inglés	1b	A
6	Willis et al. (2020)	Inglés	1b	A
7	Emler et al. (2020)	Inglés	1b	A
8	Daley et al. (2020)	Inglés	1b	A
9	Emler et al. (2019)	Inglés	1b	A
10	Hutchinson et al. (2022)	Inglés	1b	A

Fuente: elaboración propia.

Aportaciones científicas de los artículos seleccionados

De los 19 artículos seleccionados para la lectura exhaustiva del texto completo, sólo 10 fueron seleccionados para la inclusión en esta revisión.

A continuación (Tabla 9), se representan de manera tabulada aquellos datos referentes a los/as autores/as, año de publicación, país, traducción del título original, tipo/muestra y los hallazgos principales obtenidos de los 10 artículos incluidos.

Tabla 9

Resumen de los estudios incluidos en la revisión

Nº	1
País	Estados Unidos
Título	Evaluación geriátrica en poblaciones inmigrantes multiculturales.
Tipo/Muestra	Artículo de revisión: necesidad de intervenir desde la multiculturalidad en los adultos mayores.
Objetivo/s	Proponer una evaluación geriátrica integral que incluya la etnografía.
Hallazgos principales	<ul style="list-style-type: none">- Existe una necesidad creciente de una evaluación geriátrica integral más culturalmente sensible para abordar adecuadamente las complejas necesidades sociales y culturales de los adultos mayores inmigrantes para mejorar la calidad de vida de los usuarios.- Creación de una rúbrica para las mejores prácticas en una evaluación multicultural de inmigrantes geriátricos, identifica brechas en los enfoques existentes.
Nº	2
País	España
Título	‘Lo hago a mi manera’: percepciones del personal de cuidados en centros de larga estancia sobre las necesidades sexuales de los residentes y sugerencias para mejorar su gestión.
Tipo/Muestra	Ensayo controlado aleatorizado.

- 2115 personal laboral.
- En 152 residencias españolas.
- 161 profesionales que trabajaban en puestos directivos (7,60%).
- 614 personal técnico (29%) y 1340 asistentes de atención (63,40%).

Objetivo/s

Explorar hasta qué punto el personal percibe que los residentes mayores en los centros de atención a largo plazo (LTCF) todavía tienen necesidades sexuales, y cómo piensan que la atención en relación con los problemas sexuales podría mejorarse.

Hallazgos principales

- El personal que trabaja en “long-term care facilities” LTCF no ve las necesidades sexuales como algo todavía presente en muchas (o incluso alguna) personas mayores que viven en LTCF.
- Esta incapacidad para concebir necesidades sexuales como necesidades básicas y universales podría explicar por qué (a) la sexualidad no parece ser una prioridad en los LTCF y (b) explícito Políticas para gestionar las necesidades sexuales y garantizar los derechos suelen estar ausentes.
- La aplicación de un modelo de atención centrado en la persona, que tenga en cuenta los derechos de los residentes y traten de adaptar la atención según las historias de vida de los residentes y sus prioridades, se ha propuesto como un paso necesario.

Nº	3
País	Estados Unidos
Título	Diseño y desarrollo del primer ensayo controlado aleatorizado de una intervención (“ <i>Innovations in Dementia Empowerment and Action</i> ” [IDEA]) para adultos mayores de minorías sexuales y de género que viven con demencia y cuidadores.
Tipo/Muestra	<p>Ensayo controlado aleatorizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 300 adultos mayores LGTB+ con demencia. - ≥ 60 años.
Objetivo/s	Describir el diseño del primer ensayo controlado aleatorio (RCT) que prueba una intervención cognitiva conductual y de empoderamiento culturalmente sensible, Innovations in Dementia Empowerment and Action (IDEA), desarrollada para abordar las necesidades únicas de los adultos mayores de SGM (“sexual and gender minority” [SGM]) que viven con demencia y sus compañeros de cuidado.
Hallazgos principales	<ul style="list-style-type: none"> - En comparación con sus compañeros de edad heterosexuales, los adultos mayores “sexual and gender minority” (SGM) muestran peores resultados en salud y factores de riesgo. - RCT prueba la intervención culturalmente adaptada para adultos mayores SGM con demencia y cuidadores.

- IDEA incorpora prácticas de empoderamiento: compromiso, eficacia, movilización de apoyo.
- La intervención personalizada de SGM aborda el estigma, la gestión de identidad, el sesgo y el trauma de SGM.

Nº 4

País Estados Unidos

Título Luchas religiosas/espirituales y resiliencia espiritual en adultos mayores marginados.

Tipo/Muestra Estudio de métodos mixtos, tanto a nivel descriptivo como a nivel narrativo: entrevistas y análisis de datos.

- 143 personas.

Objetivo/s Proporcionar una base para la discusión de la resiliencia espiritual en las personas mayores a través de ejemplos de dos estudios comunitarios diferentes: 55 diadas mayores de LGTBI+ en varias naciones, y 75 personas mayores racializadas.

Hallazgos principales Las propiedades de resiliencia a través de las historias de vida en el envejecimiento se pueden ampliar para incluir el sentido de un yo integrado y digno y el reconocimiento de las fortalezas y capacidades que permiten a las personas mayores LGTBI+ y a los adultos mayores de entornos minoritarios étnicos y religiosos lidiar con la marginación y, en algunos casos, superarla.

Nº	5
País	Estados Unidos
Título	Creación de entornos de apoyo para adultos mayores LGBTI+: una evaluación de la eficacia de la capacitación del personal en un centro para personas mayores.
Tipo/Muestra	Ensayo controlado aleatorizado. <ul style="list-style-type: none"> - 904 personas estudio principal. - N=43 estudio específico.
Objetivo/s	Evidenciar la eficacia de la capacitación del personal de centros gerontológicos sobre cómo crear un entorno de vida más favorable para los ancianos LGBTI+.
Hallazgos principales	<ul style="list-style-type: none"> - Este estudio proporciona evidencia de que una capacitación de diversidad LGBT de 4 horas cara a cara puede ayudar a crear un clima de vivienda más favorable para los ancianos LGBT al aumentar el conocimiento y la competencia del personal, mejorando su calidad de vida. - Este modelo de capacitación del personal educativo ofrece un marco para fortalecer el envejecimiento óptimo de las personas mayores LGBT a través de la creación de entornos de vida de apoyo y, en última instancia, un entorno seguro y saludable para las personas mayores LGBT.

Nº	6
País	Reino Unido
Título	Educadores y auto defensores reacios: experiencias de los adultos transgénero mayores en los servicios de atención médica y los profesionales en la búsqueda de servicios de afirmación de género.
Tipo/Muestra	Estudio cualitativo a través del enfoque del método estructurado (framework method approach). <ul style="list-style-type: none">- 22 personas.
Objetivo/s	<ul style="list-style-type: none">- Examinar los puntos de apoyo y obstructivos de la interacción con los profesionales de la salud;- Identificar mensajes de aprendizaje clave para mejorar la atención médica relacionada con personas trans desde la perspectiva de adultos que se identifican como personas trans en la edad adulta.
Hallazgos principales	<ul style="list-style-type: none">- Presiones clínicas para ajustarse a los estereotipos de género.- Para los adultos que están en transición entre los 50 y los 60 años, existe un imperativo cronológico subyacente de 'quedarse sin tiempo' para completar este viaje que cambia la vida.

Nº	7
País	Estados Unidos
Título	Tener en cuenta las disparidades de salud del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): factores de riesgo y protección entre los hombres homosexuales y bisexuales mayores.
Tipo/Muestra	Ensayo controlado aleatorizado. <ul style="list-style-type: none"> - 1344 hombres homosexuales/bisexuales mayores (50+) con y sin ($n = 973$) VIH.
Objetivo/s	Examinar si existen disparidades en la mala salud y la sintomatología depresiva entre los hombres homosexuales/bisexuales mayores (50+) con ($n = 371$) y sin ($n = 973$) VIH. Si es así, ¿qué factores de riesgo/promoción explican esas disparidades?
Hallazgos principales	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas con VIH informaron de una peor salud y una sintomatología más depresiva debido a la disminución de los ingresos, la resiliencia y el apoyo social, y una mayor victimización de por vida. - Los hombres homosexuales/bisexuales mayores que viven con la infección por el VIH corren un mayor riesgo de tener problemas de salud física y mental.

Nº	8
País	Estados Unidos
Título	Un marco para mejorar el acceso a la atención domiciliaria equitativa para las comunidades de personas mayores LGTBI+ (2SLGBTQ+)
Tipo/Muestra	Estudio de métodos mixtos, tanto a nivel descriptivo como a nivel narrativo: encuestas, entrevistas individuales y grupos focales. <ul style="list-style-type: none">- 621 personas.
Objetivo/s	<ul style="list-style-type: none">- Crear una estructura de acceso y equidad, utilizando las historias y perspectivas de los participantes 2SLGBTQ+ para mejorar el acceso a la atención domiciliaria.- Subrayar la relevancia y eficacia de dicha estructura como una herramienta para apoyar la evaluación organizacional sistemática, la evaluación y la implementación de estrategias de acceso y equidad.
Hallazgos principales	<ul style="list-style-type: none">- Invisibilidad de 2SLGBTQ+ en las organizaciones de atención domiciliaria;- Falta de capacitación y educación sobre 2SLGBTQ+ entre los proveedores de servicios de atención domiciliaria;- Evitación de los servicios de atención domiciliaria por parte de las personas trans.

Nº	9
País	Estados Unidos
Título	El impacto global del VIH en los adultos mayores de minorías sexuales y de género: desafíos, avances y direcciones futuras.
Tipo/Muestra	Análisis de datos a través de ONUSIDA.
Objetivo/s	Proporcionar una visión general de cómo el VIH está afectando a los adultos mayores a nivel mundial, con un enfoque en los adultos mayores sexuales y de género minoritarios.
Hallazgos principales	<ul style="list-style-type: none">- Interseccionalidad del estigma;- Creciente prevalencia del VIH entre las personas mayores;- Necesidad de opciones de pruebas y tratamiento mejoradas y aceptables;- Aumento de la multimorbilidad.- Se estima que cada año unas 100.000 personas de 50 años o más en países de ingresos bajos y medianos contraen el VIH.

Nº	10
País	Suiza
Título	¿Qué dimensiones de la calidad de vida son las más importantes para los adultos mayores de entornos cultural y lingüísticamente diversos que reciben servicios de atención a la tercera edad? Un estudio exploratorio
Tipo/Muestra	Estudio de métodos mixtos a nivel descriptivo y narrativo: grupos focales, entrevistas semiestructuradas y encuestas. - 102 adultos mayores cultural y lingüísticamente diversos (CALD)
Objetivo/s	Identificar qué dimensiones de calidad de vida eran más importantes para los adultos mayores (CALD)
Hallazgos principales	Se confirma la importancia de las seis dimensiones del QOL-ACC (movilidad, manejo del dolor, independencia, bienestar emocional, conexiones sociales y actividades) para esta muestra de adultos mayores de CALD que viven en el cuidado residencial de ancianos, así como en la comunidad.

Fuente: elaboración propia.

Análisis de la revisión de los instrumentos que evalúan la diversidad

Se realizó una evaluación y revisión de los cuestionarios y escalas existentes en relación con la diversidad (homofobia, LGTBI+fobia, religión y racismo), con el fin de seleccionar el instrumento que fuera más adecuado para el estudio. Para el análisis se tuvieron en cuenta diversos factores como la idoneidad en relación con el estudio, idioma y que tuviera presente la actitud.

Del total de los instrumentos encontrados se seleccionaron los instrumentos más acordes y con una mayor relación y relevancia para la realización de un análisis mayor (Tabla 10). Se estableció el uso de X como indicador para señalar los instrumentos no procedentes para su uso, en el caso de los instrumentos procedentes se estableció el indicador V.

De todos los instrumentos encontrados se eligieron los más acordes con la investigación, a continuación, se indica cada una de las variables y sus motivaciones previas de elección:

- Variable racismo: Nuevas formas de racismo, sutiles y sus factores.
- Variable homofobia: Evaluar diversos factores de homofobia, teniendo en cuenta hombres y mujeres en un mismo cuestionario.
- Variable religión: Evaluación desde todas las religiones teniendo en cuenta la espiritualidad.

Tabla 10

Resumen de los cuestionarios / escalas incluidas en la revisión

Variable	Autor/es y año de publicación	Título	Objetivo/s	Posible idoneidad
Racismo	McNeilly et al. (1996)	Perceived Racism Scale (PRS)	Evaluar la experiencia del racismo en los afroamericanos de una manera multidimensional.	X
Racismo	Utsey y Ponterotto (1996)	Index of Race-Related Stress (IRRS)	Medir el estrés experimentado por los afroamericanos como resultado de sus encuentros diarios con el racismo y la discriminación.	X

Racismo	McConahay (1986)	Modern Racism Scale (MRS)	<p>Detectar las nuevas formas de expresión del racismo e indagar en las expresiones sutiles del racismo y en sus factores más indirectos o simbólicos.</p> <p>Los ítems de la Escala de Racismo Moderno pretenden medir el componente cognitivo de las actitudes raciales de una forma menos susceptible al sesgo de deseabilidad social que las escalas tradicionales.</p>	V
Racismo	Contrada et al. (2001)	Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire (PEDQ)	Evaluar el grado de exposición al maltrato basado en la raza a lo largo de la vida.	X

Racismo	Brondolo et al. (2005)	Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire-Community Version (PEDQ-CV)	Evaluar el racismo percibido y la discriminación étnica entre estudiantes y muestras de la comunidad.	X
Racismo	Pettigrew y Meertens (1995)	Subtle and blatant prejudice scale	Medir y poner a prueba dos tipos de prejuicios intergrupales: flagrantes y sutiles a través de la creación de una escala que mida los diferentes tipos de variedades de prejuicios.	V
Homofobia	Wright, Adams y Bernat (1994)	Homophobia Scale (HS)	Evaluar los componentes cognitivos, afectivos y conductuales de la homofobia. Consta de tres factores: un factor que evalúa principalmente las cogniciones negativas con respecto a la homosexualidad, un factor que evalúa principalmente el afecto negativo y la evitación de los individuos homosexuales, y un factor que evalúa el afecto negativo y la agresión hacia los individuos homosexuales.	V

Homofobia	Raja y Stokes (1998)	Modern Homophobia Scale (MHS)	Incluir medidas de actitudes hacia las lesbianas (MHS-L) y actitudes hacia los hombres homosexuales (MHS-G). Las versiones finales del MHS-L y el MHS-G incluían diversos factores; incomodidad personal, institucional y desviación/cambiabilidad altamente correlacionados y mostraban poca evidencia de validez divergente.	X
Homofobia	Del Castillo et al. (2003)	Escala de prejuicio sutil y manifiesto hacia los homosexuales	Escala de prejuicio sutil y manifiesto hacia los homosexuales elaborada a partir de los ítems de la escala de Pettigrew y Meertens (1995), los ítems se dividen entre ítems de homofobia explícita e ítems de homofobia explícita.	V

Homofobia	Morrison y Morrison (2002)	Modern homonegativity scale (MHS)	<p>Evaluar las actitudes negativas contemporáneas hacia los hombres homosexuales y las mujeres lesbianas.</p> <p>La escala se divide en gays (MHS)-G y lesbianas (MHS-L) con relación a las objeciones a los miembros de estos grupos sociales basadas en las siguientes creencias: los hombres homosexuales y las mujeres lesbianas están haciendo demandas innecesarias o ilegítimas de asimilarse a la cultura convencional.</p>	X
Homofobia	De la Rubia y Sulvarán (2011)	Escala de actitud hacia la homosexualidad 10 reactivos (EAH-10)	Validar la estructura factorial de la Escala de 10 ítems de Actitud hacia la Homosexualidad (EAH-10).	V

Religión	Allport y Ross (1967) (citado en Brewczynski y MacDonald 2006).	Religious Orientation Scale (ROS)	Realizar una escala de orientación religiosa poniendo en práctica las orientaciones religiosas extrínsecas e intrínsecas.	X
Religión	Francis y Enger (2002)	Multidimensional Measure of Religiousness/Spiritually	Creación de la escala Multidimensional de Religiosidad/Espiritualidad, se desarrolló para abordar la confusión de la medición al proporcionar un instrumento estándar para los investigadores que investigan las dimensiones de la R/S relevantes para la salud.	V
Religion	Koenig y Büssing (2010)	Duke University Religion Index (DUREL)	Creación de una medida de religiosidad para examinar las relaciones entre la religión y los resultados de salud. El Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL) es una medida de cinco elementos de la participación religiosa.	X

Fuente: elaboración propia. X= No procedente V= Procedente.

Análisis de los resultados en la revisión sistemática de la literatura con relación a la diversidad y las personas mayores

Teniendo en cuenta las aportaciones descritas, así como la bibliografía disponible, cabe señalar los siguientes aspectos de interés acerca de la revisión de la literatura con relación a la diversidad y las personas mayores.

De los 10 artículos que finalmente conforman la muestra, dos se publicaron en 2019 (el 20%), seis en 2020 (60%) y uno, respectivamente, en 2022 y 2023 (el 10% en cada caso). Por otro lado, se ha podido contrastar que todos los artículos seleccionados se encuentran redactados utilizando el inglés como idioma vehicular de los contenidos.

Los estudios revisados describen importantes hallazgos relacionados con la aplicación del enfoque de la diversidad en la población de adultos mayores, ya sea mediante el análisis de los datos empíricos o por medio de la revisión sistemática y el contraste de las aportaciones teóricas realizadas por otros autores. En este sentido, se puede destacar que la diversidad en las personas mayores se describe como un enfoque multidisciplinario en el que intervienen una serie de factores de carácter intrínseco a la persona, como también diversos aspectos externos que se presentan en mayoría de los casos en el entorno en el que se desenvuelven los individuos o en el ámbito social.

Se identificaron resultados diversos dependiendo del enfoque del artículo, en la mayoría se identifica la necesidad de estudio y de intervención, desde diferentes variables y campos en relación con la diversidad y las personas mayores. Particularmente en el estudio de Villar et al. (2020), realizado en España, se destaca la poca percepción en el personal de las necesidades sexuales, del mismo modo se relaciona que dada a la incapacidad de concebir las necesidades sexuales en las residencias de

personas mayores, siendo no una prioridad, tiene como consecuencia la poca o nula la práctica para la gestión de la sexualidad. Además, se hace énfasis en la aplicación del MACP para amoldar la atención según la historia de vida y prioridades de cada persona.

Un hallazgo relevante en el estudio de Fredriksen-Goldsen et al. (2023) destaca que las personas mayores LGTBI+ con demencia muestran, en comparación con sus compañeros/as heterosexuales, peores resultados en salud y mayores factores de riesgo, además, indica que a través de una intervención personalizada (IDEA) se incorporan prácticas de empoderamiento abordando el estigma, la gestión de identidad, el sesgo y el trauma. Estos dos estudios, junto con el de Ward et al. (2019) que hace énfasis en la necesidad de realizar las evaluaciones geriátricas desde un prisma etnográfico, establecen la importancia del abordaje de la diversidad en el campo gerontológico.

En cuando a los profesionales, tanto personal técnico como gerocultor Holman et al. (2020) incide en la importancia de la capacitación profesional para que las intervenciones sean eficaces, a mayor capacitación mejor clima y por lo tanto mayores beneficios en la calidad de vida de los/as usuarios/as del servicio. Según Daley et al. (2020) se evidencia la falta de capacitación y educación sobre personas mayores LGTBI+ entre los proveedores de servicios de atención domiciliaria

Se considera importante que se establezcan líneas futuras de investigación para el ámbito de la diversidad y la igualdad en los centros gerontológicos, debido a la implicación que tienen en la calidad de vida. Mediante el desarrollo de programas e intervenciones, tanto a nivel comunitario como a nivel institucional. Desechar los estereotipos y prejuicios en cuanto a la edad y la diversidad, es fundamental, así, poder fomentar la cohesión social de todas personas que acudan a un Centro

Gerontológico, sin importar sus características propias., entendiendo la heterogeneidad como algo innato de las personas.

Análisis de resultados de los cuestionarios

En cuanto a los análisis estadísticos, se empleó SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para obtener análisis descriptivos para las dimensiones de cada escala, para conocer las medidas y desviaciones típicas de cada una de ellas. Por otro lado, se llevó a cabo la prueba t de Student, comparación por grupos y d de Cohen para evaluar el tamaño del efecto de las medias independientes (sexo y orientación sexual). En cuanto al análisis comparativo atendiendo a los rangos de edad (cuatro subgrupos), se optó por ANOVA de un factor con el propósito de evitar el aumento del error de tipo I. Se calculó la prueba de Levene con el fin de escoger el estadístico *post hoc* más apropiado, entre Tukey (cuando se cumple el principio de la homocedasticidad) o Games-Howell (cuando no se cumple el principio de la homocedasticidad).

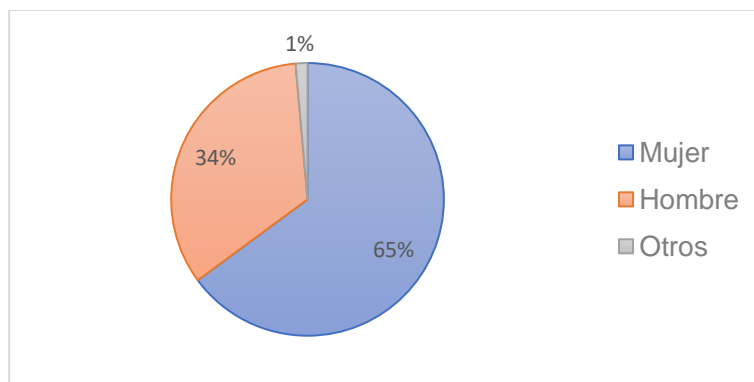
Por otro lado, se utilizó la prueba r de Pearson por entender que las variables dependientes seguían una distribución normal, además de estar medidas en términos cuantitativos. Por último, atendiendo a la significación de las correlaciones previamente reseñadas, se procedió a realizar un modelo de regresión lineal múltiple.

Descriptivos de la muestra con relación al sexo, orientación sexual, edad, estado civil y vivienda

La muestra (Figura 9) se compuso por 208 personas, 70 de ellas fueron hombres, 135 mujeres y 3 respondieron otros. Se observa una distribución en porcentajes de la variable sexo para mujeres del 64,90% y del 33,70% en el caso de los hombres, mientras que el 1,40% de la muestra no respondió.

Figura 9

Gráfico de descriptivos con relación al sexo (n = 208)

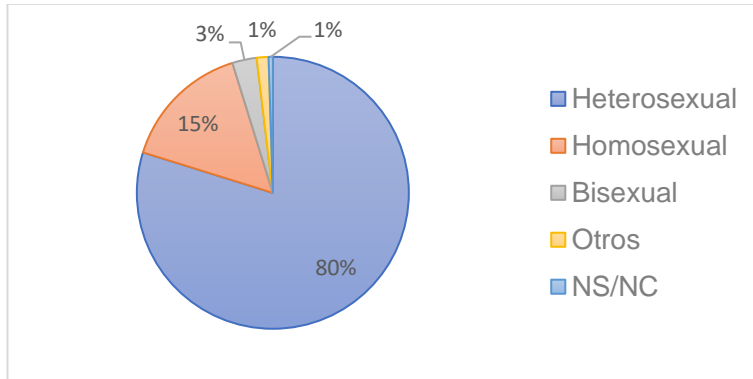


Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la orientación sexual (Figura 10), se obtuvieron muestras por parte de 156 personas heterosexuales, 32 homosexuales, 6 indicaron ser bisexuales, 3 otros y 1 personas marcó la opción no sabe/no contesta. Siendo el porcentaje de un 79,80% de los participantes personas heterosexuales, frente a un 15,40% de personas homosexuales, posteriormente se puede apreciar un 2,90% para personas bisexuales, otros un 1,40% y NS/NC un 0,50%.

Figura 10

Gráfico de descriptivos con relación a la orientación sexual (n = 208)

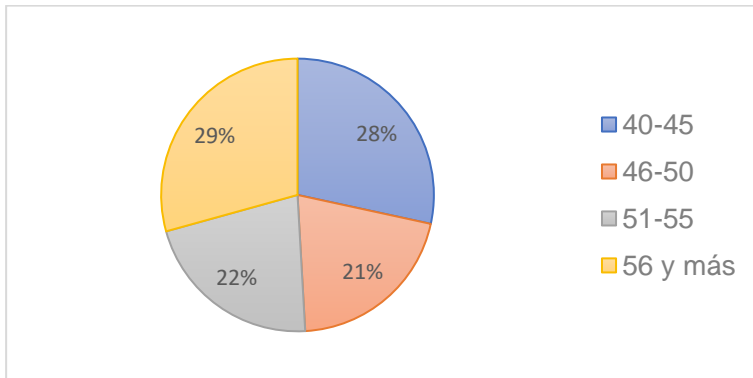


Fuente: elaboración propia.

La muestra obtenida a través de la edad (Figura 11) en términos de porcentaje fue de un 28,40% de personas entre 40 y 45 años, 20,70% de personas entre 46 y 50 años, 21,60% en personas entre 51 y 55 años, y, por último, de un 29,30% en personas de más de 56 años.

Figura 11

Gráfico de descriptivos con relación a la edad (n = 208)

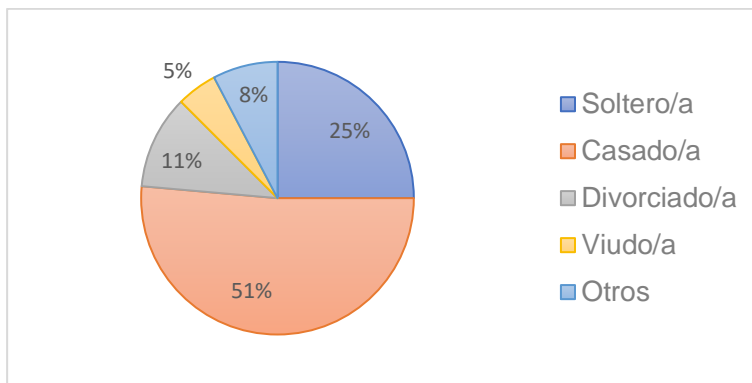


Fuente: elaboración propia.

En cuanto al estado civil (Figura 12) de las personas que realizaron los cuestionarios fue de 52 personas solteras, 107 casadas, 23 divorciadas, 10 viudos/as y otros 10 indicaron “otros”. La distribución en porcentajes fue la siguiente, soltero/a en el 25%, casado/a en un 51,40%, divorciado/a el 11,10%, viudo/a en un 4,80% y en otros un 7,70%.

Figura 12

Gráfico de descriptivos con relación al estado civil (n = 208)

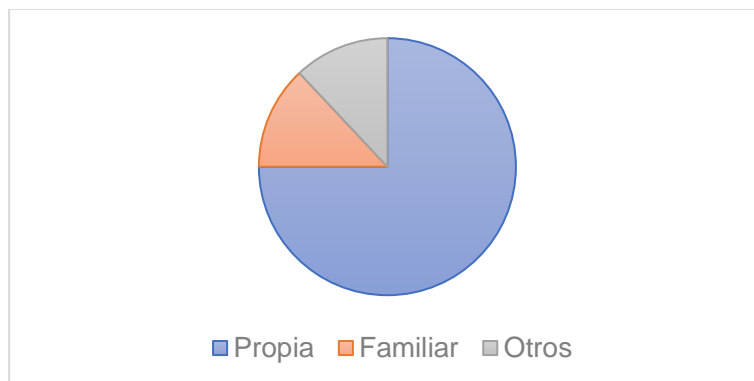


Fuente: elaboración propia.

En último lugar, según los datos obtenidos demográficos, en relación con la vivienda (Figura 13), 156 personas indicaron que tenían vivienda propia, 27 personas su vivienda era familiar y 25 personas indicaron otros. El porcentaje obtenido es de un 74% en relación con la vivienda propia, un 13% en cuanto a vivienda familiar y un 12% en otros.

Figura 13

Gráfico de descriptivos con relación al tipo de vivienda (n = 208)



Fuente: elaboración propia.

12.1. Análisis de datos

12.1.1. Medias y desviaciones típicas de todas las variables

A continuación, en el análisis de los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas se observa (Tabla 11) una media en homofobia comportamiento/afecto negativo (HSCAN) de 36,6 y de una desviación típica de 5,33; en el caso de homofobia afecto/agresión conductual (HSAG) $\bar{X} = 36,36$ y $dt = 7,30$. Para homofobia cognición negativa (HSCN), $\bar{X} = 18,35$ y $dt = 2,60$.

Tabla 11

Descriptivos: medias y desviación típica de las variables

Variables	\bar{X}	DT
HSCA (Escala de homofobia comportamiento/afecto negativo)	36,60	5,33
HSAG (Escala de homofobia afecto/agresión conductual)	36,36	7,30
HSCN (Escala de homofobia cognición negativa)	18,35	2,60
HST (Escala de homofobia total)	91,01	13,23
HSC (Escala de homofobia complicidad)	116,01	13,23
RMAT (Escala de racismo moderno amenaza y temor)	19,95	5,74
RMCA (Escala de racismo moderno comprensión y apoyo)	5,19	2,22
ART (Actitud religiosa total)	60,09	18,09

Nota: \bar{X} : Media; DT: Desviación típica.

Seguidamente se aprecia una media en HST de 91,01 y una desviación típica de 13,23; en HSC se evidenció una media de 116,01 y una desviación típica de 13,23.

En relación con RMAT hay una media de 19,95 y una desviación típica de 5,74; en el caso de RMCA se observa una media de 5,19 y una desviación típica de 2,22. Por último en ART se obtiene una media de 60,09 y en cuanto a la desviación típica un 18,09.

12.1.2. Análisis de comparación de medias

El fin de realizar un análisis de comparación de medias (t de Student) fue el de comprobar la hipótesis número 5, los participantes de la muestra de sexo masculino obtendrán una puntuación total mayor en las escalas, indicando una menor actitud positiva hacia la diversidad. Se realiza una comparación por grupos según el sexo (Tabla 12) (empleándose una prueba t de Student de medidas independientes a tales efectos).

Tabla 12

Comparación de medias y desviación típica por sexos

Variables	Mujeres		Hombres		Contraste	
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	t	d
HSCAN	37,20	4,06	34,74	6,60	2,851**	0,449*
HSAG	37,12	6,52	35,31	7,46	1,788	0,258*
HSCN	18,86	2,04	17,41	3,26	3,381***	0,533**
HST	93,18	10,73	87,47	15,39	2,773**	0,430*
HSC	118,18	10,73	112,47	15,39	2,773**	0,430*
RMAT	19,37	5,73	21,06	5,32	-2,047*	0,306*
RMCA	4,93	2,12	5,73	2,35	-2,479*	0,358*
ART	60,06	17,40	60,79	19,34	-,273	0,040

Nota: HSCAN: Escala de homofobia comportamiento/afecto negativo; HSAG: Escala de homofobia afecto/agresión conductual; HSCN: Escala de homofobia cognición negativa; HST: Escala de homofobia total; HSC: Escala de homofobia complicidad; RMAT: Escala de racismo moderno amenaza y temor; RMCA: Escala de racismo moderno comprensión y apoyo; ART: Actitud religiosa total. M: Media; DT: Desviación típica; t: t de Student, d: d de Cohen. * $p < ,005$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. Tamaño del efecto: * pequeño; ** mediano; *** grande.

Se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en las siguientes variables. Homofobia comportamiento/afecto negativo (HSCAN) ($t = 2,851$; $p = ,005$), homofobia cognición negativa (HSCN) ($t = 3,381$; $p = ,001$), homofobia total (HST) ($t = 2,773$; $p = ,007$), homofobia complicidad ($t = 2,773$; $p = ,007$), racismo amenaza y temor (RMAT) ($t = -2,407$; $p = ,042$), y por último racismo comprensión y apoyo (RMCA) ($t = -2,479$; $p = ,014$), con medias superiores en el caso de la muestra femenina. Por último, los tamaños del efecto son pequeños en todos los casos, excepto en homofobia cognición negativa (HSCN) (mediano) y actitud religiosa total (ART) (irrelevante).

Al realizar una comparación por grupos según la orientación sexual (Tabla 13) (empleándose una prueba t de Student de medidas independientes a tales efectos) se observan diferencias significativas entre personas heterosexuales y personas homosexuales en la variable homofobia comportamiento/afecto negativo (HSCAN) ($t = 2,521$; $p = ,017$), homofobia afecto/agresión conductual (HSAG) ($t = 2,421$; $p = ,021$), homofobia Total (HST) ($t = 2,317$; $p = ,027$), homofobia complicidad (HSC) ($t = 2,317$; $p = ,027$), con medias superiores en el caso de la muestra de la población heterosexual.

Por último, los tamaños del efecto son medianos en todos los casos, excepto en homofobia cognición negativa (HSCN) (irrelevante) y las relacionadas con la actitud sobre el racismo, que son racismo moderno amenaza y temor (RMAT) (irrelevante), racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA) (pequeño), por último, actitud religiosa total (ART) (pequeño).

Tabla 13

Tabla de comparación de medias por orientación sexual

Variables	Heterosexual		Homosexual		Contraste	
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT	t	d
HSCAN	37,13	3,86	33,19	8,68	2,521*	0,586**
HSAG	37,72	3,53	31,91	13,49	2,421*	0,597**
HSCN	18,27	2,70	18,72	2,37	-,886	0,177
HST	93,11	8,85	83,81	22,36	2,317*	0,547**
HSC	118,11	8,85	108,81	22,36	2,317*	0,547**
RMAT	19,77	5,56	20,75	6,25	-,894	0,166
RMCA	5,06	2,19	5,63	2,35	-1,318	0,251*
ART	59,11	17,67	64,78	21,08	-1,608	0,257*

Nota: HSCAN: Escala de homofobia comportamiento/afecto negativo; HSAG: Escala de homofobia afecto/agresión conductual; HSCN: Escala de homofobia cognición negativa; HST: Escala de homofobia total; HSC: Escala de homofobia complicidad; RMAT: Escala de racismo moderno amenaza y temor; RMCA: Escala de racismo moderno comprensión y apoyo; ART: Actitud religiosa total. M: Media; DT: Desviación típica; t: t de Student, d: d de Cohen. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. Tamaño del efecto: * pequeño; ** mediano; *** grande.

12.1.3. Análisis de comparación de medias (ANOVA) de todas las variables atendiendo a los rangos de edad.

En cuanto al análisis comparativo atendiendo a los rangos de edad (cuatro subgrupos), se optó por ANOVA de un factor con el propósito de evitar el aumento del error de tipo I que resultaría de realizar varias comparaciones por parejas (t de Student) (Tabla 14). Además, se optó por la realización de la comparación de medias (ANOVA) para corroborar, o no, la hipótesis número 7, que hace referencia a “las generaciones más jóvenes tienen unos índices inferiores con relación a su actitud hacia la diversidad en comparación con la generación más cercana a la posibilidad de acudir a centros gerontológicos”.

Asimismo, se calculó la prueba de Levene con el fin de escoger el estadístico *post hoc* más apropiado, entre Tukey (cuando se cumple el principio de la homocedasticidad) o Games-Howell (cuando no se cumple el principio de la homocedasticidad). De todas las variables dependientes consideradas, solo racismo moderno amenaza y temor (RMAT) ($F = 3,568$; $p = ,015$) y racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA) ($F = 4,185$; $p = ,007$) evidenciaron diferencias entre los grupos. Al profundizar en ellas mediante los correspondientes *post hoc*, se observó que en racismo moderno amenaza y temor (RMAT) las discrepancias de relevancia estadística se encontraban entre los participantes de 51 a 55 años respecto al grupo de 56 años o más, siendo los más jóvenes los que obtuvieron puntuaciones más altas ($p = ,010$).

Se evidencia que en racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA) las discrepancias de relevancia estadística se encontraban entre los participantes de 46 a 50 años respecto al grupo de 56 o más años, las puntuaciones más altas fueron las obtenidas por los más jóvenes ($p = ,013$). En último lugar, también racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA) las discrepancias de relevancia estadística se encuentran entre los participantes de 51 a 55 años respecto a los de 56 años o más, siendo de nuevo los más jóvenes los que obtuvieron puntuaciones más altas ($p = ,013$).

Tabla 14

Tabla de ANOVA

		Descriptivos		ANOVA			Post hoc					
		\bar{X}	DT	SUMA CUAD.	GI	C.MED	F	T/G-H	p			
HS Comportamiento/ afecto negativo	1 40-45	36,76	5,670	Entre grupos	102,464	3	34,155	1,205				
	2 46-50	36,72	5,417						Intra grupos	5781,454	204	28,340
	3 51-55	34,98	6,797						Total	5883,918	207	
	4 56 o más	36,54	3,294									
HS Afecto/agresión conductual	1 40-45	36,86	6,442	Entre grupos	264,691	3	88,230	1,672				
	2 46-50	37,14	6,961						Intra grupos	10767,266	204	52,781
	3 51-55	34,22	10,755						Total	11031,957	207	
	4 56 o más	36,90	4,538									
HS Cognición negativa	1 40-45	18,27	3,189	Entre grupos	5,678	3	1,893	,277				
	2 46-50	18,09	2,033						Intra grupos	1395,702	204	6,842
	3 51-55	18,47	2,625						Total	1401,380	207	
	4 56 o más	18,52	2,342									
HS Total	1 40-45	91,90	13,886	Entre grupos	643,725	3	214,575	1,230				
	2 46-50	91,95	12,255						Intra grupos	35595,231	204	174,486
	3 51-55	87,67	17,369						Total	36238,957	207	
	4 56 o más	91,97	8,972									
HS Complicidad	1 40-45	116,90	13,886	Entre grupos	643,725	3	214,575	1,230				
	2 46-50	116,95	12,255	Intra grupos	35595,231	204	174,486					

	3 51-55	112,67	17,369	Total	36238,957	207			
	4 56 o más	116,97	8,972						
RM Amenaza y temor	1 40-45	19,44	6,856						
	2 46-50	19,88	4,398	Entre grupos	339,529	3	113,176	3,568*	
	3 51-55	22,27	5,586	Intra grupos	6469,990	204	31,716		3 ≠ 4 0,010
	4 56 o más	18,79	5,096	Total	6809,519	207			
RM Comprensión y apoyo	1 40-45	5,39	2,859						
	2 46-50	5,51	1,981	Entre grupos	59,337	3	19,779		
	3 51-55	5,71	2,030	Intra grupos	964,350	204	4,727	4,185**	2 ≠ 4 0,013 3 ≠ 4 0,002
	4 56 o más	4,38	1,551	Total	1023,688	207			
AR Total	1 40-45	57,37	17,843						
	2 46-50	58,05	18,191	Entre grupos	1238,240	3	412,747		
	3 51-55	63,16	17,450	Intra grupos	66475,025	204	325,858	1,267	
	4 56 o más	61,90	18,580	Total	67713,264	207			

Nota: * $p < ,005$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

12.1.4. Análisis de correlaciones (*r* de Pearson) de todas las variables.

En cuanto a las correlaciones (Tabla 15), se utilizó la prueba *r* de Pearson por entender que las variables dependientes seguían una distribución normal, además de estar medidas en términos cuantitativos. La realización de las correlaciones se realizó con el fin de determinar las relaciones entre todas las variables, además, de su relación directa con el objetivo específico número 1 que refiere a examinar las relaciones entre discriminación por razón de religión, etnicidad y diversidad afectivo-sexual. Y, por otro lado, la hipótesis número 4, que hace referencia a que “existen una correlación entre el grado de homofobia, la actitud hacia la religión y el racismo”. Se espera que los sujetos con puntajes altos en homofobia total (HST) puntúen de forma significativamente positiva en actitud religiosa (ART) y en racismo (RMAT).

La variable homofobia comportamiento/afecto negativo (HSCAN) correlacionó significativa y positivamente con homofobia afecto/agresión conductual (HSAG) ($r = ,837$; $p < ,001$), del mismo modo con homofobia complicidad (HSCN) ($r = ,485$; $p < ,001$) y con homofobia total (HST) y homofobia complicidad (HSC) ($r = ,960$; $p < ,001$); así como significativa y negativamente con racismo moderno amenaza y temor (RMAT) ($r = -,395$; $p < ,001$), racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA) ($r = -,350$; $p < ,001$) y actitud religiosa total (ART) ($r = -,395$; $p < ,01$). La variable homofobia afecto/agresión conductual (HSAG) correlacionó significativa y positivamente con homofobia cognición negativa (HSCN) ($r = ,210$; $p < ,01$), homofobia total (HST) y homofobia complicidad (HSC) ($r = ,930$; $p < ,001$); así como significativa y negativamente con racismo moderno amenaza y temor (RMAT) ($r = -,413$; $p < ,001$) y racismo moderno

comprensión y apoyo (RMCA) ($r = -,365$; $p < ,001$). Seguidamente, la variable homofobia complicidad (HSCN) correlacionó significativa y positivamente con homofobia total (HST) y homofobia complicidad (HSC) ($r = ,508$; $p < ,001$); así como significativa y negativamente con racismo moderno amenaza y temor (RMAT) ($r = -,243$; $p < ,001$) y RMCA ($r = -,305$; $p < ,001$).

La variable homofobia total (HST) correlacionó significativa y positivamente con homofobia complicidad (HSC) ($r = ,208$; $p < ,001$); así como significativa y negativamente con racismo moderno amenaza y temor (RMAT) ($r = -,435$; $p < ,001$) y RMCA ($r = -,347$; $p < ,001$). A continuación, la variable homofobia complicidad (HSC) correlacionó significativa y negativamente con racismo moderno amenaza y temor (RMAT) ($r = -,435$; $p < ,001$) y racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA) ($r = -,347$; $p < ,001$). Por último, la variable racismo moderno amenaza y temor (RMAT) correlacionó significativa y positivamente con racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA) ($r = ,538$; $p < ,001$).

Tabla 15

Tabla de correlaciones (r de Pearson) entre las variables

	HSCAN	HSAG	HSCN	HST	HSC	RMAT	RMCA	ART
HSCAN	/							
HSAG	,837***	/						
HSCN	,485***	,210**	/					
HST	,960***	,930***	,508***	/				
HSC	,960***	,930***	,508***	,208***	/			
RMAT	-,395***	-,413***	-,243***	-,435***	-,435***	/		
RMCA	-,350***	-,265***	-,305***	-,347***	-,347***	,538***	/	
ART	-,152*	,092	,042	,120	,120	,043	,113	/

Nota: HSCAN: Escala de homofobia comportamiento/afecto negativo; HSAG: Escala de homofobia afecto/agresión conductual; HSCN: Escala de homofobia cognición negativa; HST: Escala de homofobia total; HSC: Escala de homofobia complicidad; RMAT: Escala de racismo moderno amenaza y temor; RMCA: Escala de racismo moderno comprensión y apoyo; ART: Actitud religiosa total. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < 0,001$

12.1.5. Regresión lineal (Múltiple).

Por último, atendiendo a la significación de las correlaciones previamente reseñadas, se procedió a realizar un modelo de regresión lineal múltiple (Tabla 16 y Tabla 17), con el fin de revisar los resultados obtenidos y su relación con la muestra. Siguiendo la lógica de los modelos teóricos que establecen la relación potencial entre el racismo y la homofobia, se postularon como variables predictoras (X) las dos formas de racismo contempladas en el presente estudio racismo moderno amenaza y temor (RMAT) y racismo moderno comprensión y apoyo (RMCA), y como variable criterio (Y) la puntuación total en la escala de homofobia (HST). Se encontró que este modelo predictivo explicaba el 20,70% de la varianza total en la variable HST, y que además era relevante desde un punto de vista estadístico ($F = 26,789$; $p < ,001$). Cuando las dos formas de racismo fueron integradas conjuntamente como variables independientes se observó que ambas mantenían su capacidad predictiva sobre HST, en concreto: RMAT ($\beta = -,349$; $t = -4,734$; $p < ,001$) y RMCA ($\beta = -,159$; $t = -2,158$; $p = ,032$). Así pues, ambas deben ser consideradas como mecanismos explicativos de relevancia científica:

- Variables independientes (predictoras): a) Racismo Amenaza y Temor: RMAT. b) Racismo Comprensión y Apoyo: RMCA.
- Variable dependiente (criterio): Homofobia Total: HST

Tabla 16

Resumen del modelo (Regresión lineal [múltiple])

Modelo	R	R Cuadrado	R Cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,455 ^a	,207	,199	11,838

Nota: a. Predictores: (Constante), RMCA, RMAT.

Tabla 17

Regresión lineal (múltiple): ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	7508,727	2	3754,364	26,789	,000 ^b
	Residuo	28730,229	205	140,147		
	Total	36238,957	205			

Nota: a. Variable dependiente HST. b. Predictores: (Constante), RMCA, RMAT.

12.1.6. Comprobación homogeneidad de los grupos.

Se realizó una comprobación de homogeneidad a través de tablas cruzadas y la prueba de chi-cuadrado de Pearson en los grupos. En cuanto a la variable orientación sexual entre personas homosexuales y heterosexuales (Tablas 18 a 29), el número de hombres y mujeres difiere, existiendo una mayoría de población de hombres en las personas homosexuales.

Tabla 18

*Tabla cruzada (sexo * orientación)*

Recuento		Heterosexual	Homosexual	Total
Sexo	Mujer	127	2	130
	Hombre	37	29	66
	Total	2	0	2
Total		166	32	198

Tabla 19

*Pruebas de chi-cuadrado (sexo * orientación)*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,385 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	56,100	205	,000
Asociación lineal por lineal	46,639	0	,000
N de casos válidos	198		

Nota: a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

Tabla 20

*Pruebas de medidas simétricas (sexo * orientación)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,534	,000
	V de Cramer	,534	,000
N de casos válidos		198	

La distribución de la variable edad no es homogénea en los grupos segregados según su orientación sexual (Tablas 21-23).

Tabla 21

*Tabla cruzada (edad * orientación)*

Recuento		Heterosexual	Homosexual	Total
Edad	40-45	49	7	56
	46-50	37	4	41
	51-55	27	15	42
	56 o más	53	6	59
Total		166	32	198

Tabla 22

*Pruebas de chi-cuadrado (edad * orientación)*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,210 ^a	3	,002
Razón de verosimilitud	13,209	3	,004
Asociación lineal por lineal	,268	1	,605
Total	198		

Nota: a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,63.

Tabla 23

*Pruebas de medidas simétricas (sexo * orientación)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,277	,002
	V de Cramer	,277	,002
N de casos válidos.		198	

Tabla 24.

*Tabla cruzada (estado civil * orientación)*

Recuento		Heterosexual	Homosexual	Total
Estado civil	Soltero	29	18	47
	Casado/a	96	7	103
	Divorciado/a	21	1	22
	Viudo	10	0	10
	Otros	10	6	16
Total		166	32	198

En cuanto al estado civil se puede apreciar que tampoco es homogéneo entre los grupos segregados por orientación sexual, como resultado hay más solteros en los homosexuales que en los heterosexuales (Tablas 25 y 26).

Tabla 25

*Pruebas de chi-cuadrado (estado civil * orientación)*

	Valor	df	Significación asintónica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,160 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	32,147	4	,000
Asociación lineal por lineal	1,067	1	,302
Total	198		

Nota: a. 3 casillas (30,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,62.

Tabla 26

*Pruebas de medidas simétricas (estado civil * orientación)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,409	,000
	V de Cramer	,409	,000
N de casos válidos.		198	

En relación con el tiempo de vivienda no es homogéneo en los grupos segregados por orientación sexual, siendo mayor en vivienda familiar en homosexuales y menos “otros” (Tablas 27-29).

Tabla 27

*Tabla cruzada (vivienda * orientación)*

Recuento		Heterosexual	Homosexual	Total
Vivienda	Propia	126	22	148
	Familiar	16	9	25
	Otros	24	1	25
Total		166	32	198

Tabla 28

*Pruebas de chi-cuadrado (vivienda * orientación)*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,174 ^a	2	,006
Razón de verosimilitud	9,673	2	,008
Asociación lineal por lineal	,096	1	,757
Total	198		

Nota: a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,04.

Tabla 29

*Pruebas de medidas simétricas (vivienda * orientación)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,227	,006
	V de Cramer	,227	,006
N de casos válidos.		198	

En el caso de la muestra de hombres y mujeres es homogénea con relación a la edad, medida como variable categórica (Tablas 30 y 31).

Tabla 30

*Tabla cruzada (edad * sexo)*

Recuento		Mujer	Hombre	Otros	Total
Vivienda	40-45	36	18	2	56
	46-50	29	12	0	41
	51-55	21	21	0	42
	56 o más	44	15	0	59
Total		130	66	2	198

Tabla 31

*Pruebas de chi-cuadrado (edad * sexo)*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,366 ^a	6	,054
Razón de verosimilitud	12,092	6	,060
Asociación lineal por lineal	,864	1	,353
Total	198		

Nota: a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,41.

Tabla 32

*Pruebas de medidas simétricas (vivienda * orientación)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,250	,054
	V de Cramer	,177	,054
	N de casos válidos.	198	

La distribución entre hombres y mujeres son diferentes en cuanto al estado civil, siendo de más personas en solteros en cuanto a los hombres y menos personas casadas en las mujeres (Tabla 33). En el caso de la muestra de hombres y mujeres es homogénea con relación a la vivienda, medida como variable categórica (Tabla 36).

Tabla 33

*Tabla cruzada (estado civil * sexo)*

Recuento		Mujer	Hombre	Otros	Total
Estado civil	Soltero	19	28	0	47
	Casado/a	73	28	2	103
	Divorciado/a	19	3	0	22
	Viudo	9	1	0	10
	Otros	10	6		16
Total		130	66	2	198

Tabla 34

*Pruebas de chi-cuadrado (estado civil * sexo)*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,347 ^a	8	,002
Razón de verosimilitud	25.198	8	,001
Asociación lineal por lineal	6,699	1	,010
Total	198		

Nota: a. 6 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10

Los grupos de edad difieren en su estado civil, siendo de más solteros en el grupo de 40-45 y más casados/viudos en el de 56 o más (Tabla 39).

Tabla 35

*Pruebas de medidas simétricas (estado civil * sexo)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,351	,002
	V de Cramer	,248	,002
N de casos válidos.		198	

Tabla 36

*Tabla cruzada (vivienda * sexo)*

Recuento		Mujer	Hombre	Otros	Total
Vivienda	Propia	95	51	2	148
	Familiar	14	11	0	25
	Otros	21	4	0	25
Total		130	66	2	198

Tabla 37

*Pruebas de chi-cuadrado (vivienda * sexo)*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,523 ^a	4	,238
Razón de verosimilitud	6,388	4	,172
Asociación lineal por lineal	2,339	1	,126
Total	198		

Nota: a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,25.

Tabla 38

*Pruebas de medidas simétricas (vivienda * sexo)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,351	,002
	V de Cramer	,248	,002
	N de casos válidos.	198	

Tabla 39

*Tabla cruzada (estado civil * edad)*

Recuento		Edad				Total
		40-45	46-50	51-55	56 o más	
Estado civil	Soltero	21	7	13	6	47
	Casado/a	29	17	22	35	103
	Divorciado/a	3	7	5	7	22
	Viudo/a	0	2	0	8	10
	Otros	3	8	2	3	16
Total		56	41	42	59	198

Tabla 40

*Pruebas de chi-cuadrado (estado civil * edad)*

	Valor	df	Significación asintónica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,033 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	38,497	12	,000
Asociación lineal por lineal	3,837	1	,050
Total	198		

Nota: a. 10 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,07.

Tabla 41

*Pruebas de medidas simétricas (estado civil * edad)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,432	,000
	V de Cramer	,250	,000
	N de casos válidos.	198	

Tabla 42

*Tabla cruzada (vivienda * edad)*

Recuento		Edad				Total
		40-45	46-50	51-55	56 o más	
Vivienda	Propia	32	28	32	56	148
	Familiar	9	6	10	0	25
	Otros	15	7	0	3	25
Total		56	41	42	59	198

En último lugar, los grupos de edad difieren en el tipo de vivienda, consolidándose como propia en el rango superior (56 o más) en comparación con el resto, donde habría una distribución semejante entre propia y familiar (Tablas 43 y 44).

Tabla 43

*Pruebas de chi-cuadrado (vivienda * edad)*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,535 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	45,861	6	,000
Asociación lineal por lineal	23,217	1	,000
Total	198		

Nota: a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,18.

Tabla 44

*Pruebas de medidas simétricas (vivienda * edad)*

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,432	,000
	V de Cramer	,300	,000
N de casos válidos.		198	

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

13. DISCUSIÓN

Discusión revisión sistemática

Recuperándose el objetivo específico número 3 (OE3), sistematizar la información publicada sobre la diversidad en relación con las personas mayores, los datos recogidos han permitido actualizar la evidencia científica disponible acerca de la diversidad y las personas mayores, se ha constatado que se trata de un tipo de intervención que favorece a las personas mayores, pese a ello, las pocas investigaciones en torno a este objeto de estudio indican la necesidad de seguir investigando.

Respecto a revisar la información sobre la necesidad de incluir intervenciones con relación a la atención a la diversidad en los centros gerontológicos se puede evidenciar, tanto en el estudio de Ward et al. (2019) como en el de Daley et al. (2020), las intervenciones en la atención a la diversidad en personas mayores son esenciales. El primer artículo realiza una revisión en torno a las evaluaciones geriátricas en poblaciones inmigrantes multiculturales, los autores afirman la necesidad de realizar evaluaciones geriátricas integrales en los centros gerontológicos, donde se tengan en cuenta criterios en relación con la multiculturalidad y cuyo fin sea la mejora de la calidad de vida. Para ello, se crea una rúbrica para las buenas prácticas. El segundo artículo se desarrolla a propósito de las personas mayores LGTBI+ en la atención domiciliaria, se establecen dos hallazgos relevantes. En primer lugar, la importancia de crear una estructura desde las historias de vida y la perspectiva de cada usuarios/a del servicio para mejorar su acceso, se manifiesta la invisibilidad en las organizaciones vinculadas a las personas mayores LGTBI+.

Posteriormente se expone la evitación de las personas mayores tras a la hora de acudir a los servicios de atención domiciliaria.

En cuanto a conocer las necesidades de los adultos mayores con relación a la diversidad multicultural se puede confirmar, a través de Hutchinson et al. (2022), que las personas mayores cultural y lingüísticamente diversos dan gran importancia a las seis dimensiones del Quality of Life - Aged Care Consumer (QOL-ACC). Estas dimensiones de calidad de vida refieren a la movilidad, el manejo del dolor, la independencia, el bienestar emocional, las conexiones sociales y las actividades. Se añadieron otras dos dimensiones a petición de los profesionales al considerarlas relevantes, “identidad” y “propósito”, estas se encontraron importantes para los adultos mayores cultural y lingüísticamente diversos (CALD), sin embargo, de forma genérica no se encontraron como los más importantes. En este mismo artículo se realizan diversas apreciaciones con relación a otras obras, su autor destaca, entre otras, una investigación española realizada por Palacios-Ceña et al. (2016), se identifica que las actividades significativas forman parte de la identidad y promueven el sentido de pertenencia. Siguiendo con el artículo de Hutchinson et al. (2022), se resaltan dos últimas cuestiones, en primer lugar, como afectó la pandemia mundial por COVID-19 en la calidad de vida de las personas mayores, sobre todo en sus relaciones personales y sociales al no poder salir al exterior. Seguidamente se reafirma la importancia de la identidad, el propósito y el significado en las personas mayores CALD y su beneficio en la calidad de vida a través de la participación en actividades significativas.

El estudio de Nelson y Thomas (2020), permite concluir que la resiliencia es un factor fundamental para ampliar el sentido de un yo integrado y digno. Los autores inciden en la importancia de la resiliencia

espiritual y como esta implica una resistencia a través de la autoconciencia progresiva, facilitando la transformación del interior. En algunos casos la persona se siente rechazada por aquellos que profesan una determinada religión, esto puede ser o bien a través de las propias creencias o por las características de la persona o de la comunidad, esto se consolidó en los datos obtenidos en las encuestas que obtuvieron. Se debe incluir en todo momento el reconocimiento de las fortalezas y las capacidades, esto permite que las personas mayores LGTBI+ y los adultos mayores CALD lidien con la marginación, se remarca la importancia del trabajo desde la historia de vida de las personas usuarias del servicio. Como mencionan Nelson y Thomas (2020), *“las personas son resistentes porque a menudo tienen pocas otras opciones, excepto desesperarse y aislarse. Su tenacidad para reclamar un sentido personal de la espiritualidad y encontrar significado en situaciones adversas es un testimonio de esta resistencia”*.

En cuanto a revisar el nivel de percepción y capacitación de los/as profesionales en relación con la atención a la diversidad y sus consecuencias, tras el análisis de Holman et al. (2020), se observa como la capacitación en diversidad LGTBI+ a los profesionales en la atención a las personas mayores ayuda a crear un mejor clima, como consecuencia tiene una repercusión beneficiosa en la calidad de vida de los/as usuarios/as, fortaleciendo los vínculos creando un entorno saludable y seguro. También se evidencia como en las organizaciones, en este caso de carácter domiciliario, es necesaria la capacitación en diversidad afectivo-sexual, se puede apreciar que hay adultos mayores LGTB+, especialmente trans, que evitan este tipo de recursos por miedo al rechazo (Daley et al., 2020).

En relación con conocer la relación de las personas mayores LGTBI+ en el ámbito de la salud la revisión permite concluir que, en especial, los adultos mayores trans sienten el rechazo por parte del ámbito de la salud. Los centros gerontológicos como espacios sociosanitarios deben tomar consciencia de este hecho, además según Willis et al. (2020) para construir espacios accesibles es imprescindible establecer un modelo afirmativo de género en la atención. Relacionado con la necesidad de formación de los profesionales se hace hincapié en la necesidad de formación en el ámbito de la salud sobre diversidad de la identidad de género, evitando prácticas cisnormativas. En este mismo ámbito de salud debemos tener en cuenta las disparidades de salud que existen en los mayores homosexuales y bisexuales con VIH, se evidencia como las personas mayores homosexuales y bisexuales con VIH disponen de una peor salud, además existe una sintomatología depresiva por lo que no solo afectaría a la salud a nivel físico, también a nivel psicológico (Emler et al., 2020), se confirma la hipótesis número 3. De nuevo en este artículo se hace especial mención a la importancia de utilizar las historias de vida de las personas mayores como herramienta para mejorar la calidad de vida en el servicio, también se manifiesta la baja formación de los profesionales en relación con las personas mayores LGTBI+.

Este mismo autor, Emler et al. (2019) realizó previamente un estudio analizando a través de ONUSIDA el impacto global del VIH en las personas mayores LGTBI+ donde se puede apreciar que existe una interseccionalidad del estigma, afectando de una forma holística a la persona y como hay un crecimiento de VIH en las personas mayores. El VIH irrumpió en el año 1981, ese mismo año el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido por primera vez como una nueva enfermedad (Sharp y Hahn, 2011), desde 1957 a 1966 (en

otros textos se refiere hasta la década de 2000: la era del SIDA) la homosexualidad se asoció a contraer la enfermedad de VIH/SIDA (Zambrano-Guerrero, 2022). Esto quiere decir que las personas de aquella generación que sobrevivieron al VIH actualmente podrían tener entre 59 y 78 años, entrarían dentro de la generación Baby Boom; algunos autores indican que en España este fenómeno se produjo posteriormente al ámbito internacional, concretamente entre 1958 y 1977 (Abellán y Pujol, 2017). Este suceso también afectó a la generación X, incluye a los nacidos entre 1964 y 1980. Esta suposición se realiza con el objetivo de reseñar la necesidad de trabajar en este tema, ya que son las generaciones más cercanas para ser potenciales usuarios/as de centros gerontológicos. Según Green et al. (2007) el VIH en 1982 era más común en los hombres homosexuales y los usuarios de drogas intravenosas, las primeras teorías sobre su causa se centraron en los problemas del "estilo de vida", este discurso todavía persiste en la sociedad y se relaciona directamente con la sintomatología depresiva en personas mayores LGTBI+ (Emlet et al., 2020).

Esta revisión tiene varias limitaciones. En primer lugar, de carácter metodológico. Ha habido una gran cantidad de artículos a los que no se ha podido acceder debido a su carácter de "acceso restringido", por lo que ya se ha perdido mucha información acerca del tema de estudio por el camino. En segundo lugar, la escasa publicación de estudios que evalúen resultados en cuanto a la actitud a la diversidad en personas mayores, tanto en centros gerontológicos como en potenciales usuarios de los servicios.

Es necesario un estudio más exhaustivo de la literatura donde se tenga acceso libre a la literatura disponible para poder reflejar de manera más íntegra los resultados de los artículos que traten el tema. Esta línea futura de investigación requiere a su vez de la definición de un protocolo concreto y específico en lo que respecta a las herramientas que se utilizan, el número y diseño de las sesiones y, en definitiva, se requiere aplicar una intervención donde se controlen el máximo número posible de variables que influyen en este tipo de estudios.

Discusión de los cuestionarios

El presente estudio amplía el conjunto de conocimientos sobre la actitud hacia la diversidad en las generaciones cercanas a la posibilidad de acudir a centros gerontológicos. Los resultados del estudio arrojan nuevos datos en la relación a la importancia de la interseccionalidad y de las actitudes hacia la diversidad, vinculados directamente con el objetivo general del presente estudio, analizar, a través de variables psicológicas personales, la actitud hacia la diversidad en futuras generaciones que puedan asistir a centros gerontológicos, se pueden apreciar diversos datos.

La población de más de 65 años pasará a representar el 28,3 por 100 del total en 2040 (17,5 millones), así mismo, la tasa de dependencia está previsto que aumente del 29,6 por 100 en 2018 hasta el 49,5 por 100 en 2040 (Domènech, 2019). Este aumento de población tendrá como consecuencia un mayor número de personas mayores con opción de poder acudir a centros gerontológicos, a mayor número de personas mayor será la heterogeneidad de las personas y, como consecuencia, una mayor diversidad.

Los datos obtenidos ayudaron tanto a resolver el objetivo principal como el objetivo específico número 1 (OE1), examinar las relaciones entre discriminación por razón de religión, etnicidad y diversidad afectivo-sexual. Se puede apreciar cómo, a través de la prueba t de Student para muestras independientes reveló una diferencia significativa basada en el género de los participantes. En el caso de las variables HST ($t = 2,773$; $p = ,007$), RMAT ($t = -2,407$; $p = ,042$), y ART ($t = -,273$; $p = ,785$), con medias superiores en el caso de la muestra femenina en HST y masculina en RMAT y ART obteniendo puntuaciones más altas en las subescalas. Los participantes hombres obtuvieron una puntuación mayor total en la escala de homofobia, racismo y actitud religiosa, lo que sugiere niveles más altos de intolerancia hacia la diversidad por parte de los hombres que de las mujeres, confirmando la hipótesis número 5.

En relación con la homofobia, este hecho es consistente a investigaciones previas utilizando la misma escala, como en Pulido et al. (2013), Giocca et al. (2015), Tuziak (2017) y Astasio et al. (2019). Este resultado se debe a la perpetuidad de los roles de género, culturalmente se asigna al hombre la responsabilidad de mantener muy claras las diferencias entre roles de género (Pulido et al., 2013). Actualmente y cada vez con valor se están creando nuevas masculinidades que rompen con los roles que hasta ahora estaban tan marcados, pese a eso, se siguen señalando a los hombres que no siguen de forma estricta con esos patrones. Según Badinter (1997), la homofobia es una parte integrada en la masculinidad heterosexual, y constituye un rol psicológico esencial, contribuyendo a la reafirmación del constructo social de lo que debe ser un hombre.

A través de la misma prueba *t* de Student para muestras independientes reveló una diferencia significativa basada en la orientación sexual de los participantes, en el caso de las personas homosexuales. Las medias de HSCAN ($t = 2,521$; $p = ,017$), HSAG ($t = 2,421$; $p = ,021$), HST ($t = 2,317$; $p = ,027$), HSC ($t = 2,317$; $p = ,027$), con medias superiores en el caso de la muestra de la población heterosexual. En, este caso, se puede apreciar como la diferencia significativa revela medias superiores en las personas homosexuales, por lo tanto, dentro de los grupos de homosexualidad y heterosexual hay una discrepancia en distribución en la variable sexo. Los hombres en esencia resultan más homófobos que las mujeres, siendo un dato consistente con la literatura científica tanto a nivel nacional como internacional como son los análisis de Astasio et al. (2019) donde las actitudes negativas superiores en hombres que en mujeres (HSCN) pero en las variables HSCAN y HSAG eran iguales que el de las mujeres, en otras investigaciones como son las de Rodríguez-Castro et al. (2013), Pulido et al. (2013), Giocca et al. (2015), Wright et al. (2013) y Renovell-Rico (2022) entre otros, indican porcentajes de homofobia mayor en hombres que en mujeres. Por otro lado, según el Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España de 2022 con relación a los delitos de odio por razón de orientación sexual e identidad fue de 838 agresiones, la distribución porcentual global indica que el 79% fueron realizados por hombres, frente a un 21% producidos por mujeres (Muniesa et al., 2022). Estas investigaciones junto con el informe de 2022 con relación a delitos de odio en España respaldan la posición sobre mayor homofobia en población heterosexual que en la homosexual.

Encontrando el dato paradójico, siendo que las personas homosexuales resultan más homófobas a la luz de los datos, es posible que este dato se

pueda explicar dada la muestra, ya que hay más hombres que mujeres, lo que viene a compensar este hecho concreto al tener más peso en la ecuación, por encima de ser homosexual o heterosexual. El ser hombre o ser mujer explicaría la percepción sobre las personas hacia la homosexualidad por encima de la propia orientación sexual. De las agrupaciones sexo, edad y orientación se calcula así mismo, el modo en que el resto de las variables sociodemográficas se distribuye en los dos grupos (sexo y orientación) para asegurarnos que son homogéneos o que no lo son, ya que esto puede influir como variable confundente.

Después de realizar los análisis se cumple la premisa y se descubre el hallazgo, en la muestra de personas homosexuales la gran mayoría son hombres mientras que en el caso de los heterosexuales la mayoría son mujeres. Existiendo una homofobia destacada en la homofobia masculina se traslada a la muestra de orientación homosexual. Por lo tanto, se encuentra una variable confundente para tener en cuenta como limitación del estudio. Al tener en cuenta estas diferencias entre los grupos existe un patrón de diferencias entre grupos, esto hace que los resultados dificulten la comparación.

Pese a ello, cabe reseñar como la homofobia impera también en personas homosexuales (HST, $m = 81,81$). Esto también es debido a la homofobia interiorizada, este término fue utilizado por primera vez por Green y Herek (1992) y hace referencia al auto rechazo de algunas personas homosexuales hacia su propia orientación sexual. La homofobia interiorizada no es una respuesta personal inherente de los individuos, también es el producto del estigma y el sesgo social y político (Berg et al., 2016). Se subraya la homofobia internalizada como una preocupación persistente entre los hombres homosexuales en la mediana edad y la

edad adulta, este hecho se vincula con los hechos históricos vividos y las represalias a la homosexualidad del momento (Meanley et al., 2020). Por lo tanto, la homofobia interiorizada no hace referencia únicamente a espectro de la auto percepción, también infiere la historia de vida de la persona. Este apartado se relaciona de forma directa con el artículo hallado en la revisión sistemática donde Emlet et al. (2020) indica que es fundamental trabajar a través de las historias de vida de las personas mayores LGTBI+ como herramienta para mejorar la calidad su calidad de vida. Según la teoría del estrés de las minorías (Meyer 1995), la homofobia interiorizada se puede iniciar desde antes de que la persona empiece a sentir la atracción hacia el mismo sexo. La homofobia interiorizada es una preocupación persistente en los hombres homosexuales tanto en la mediana edad como en personas mayores (Meanley et al., 2020).

Atendiendo a los resultados se puede indicar que los estudios con relación a la homofobia interiorizada deben asegurarse del control de la variable sexo en sus muestras, en general los hombres presentan puntuaciones sugerentes de menor tolerancia hacia la homosexualidad.

En cuanto a los resultados obtenidos entre las personas homosexuales y el racismo (tanto la variable RMAI como la variable RMCA) el resultado obtenido indica que existe una tendencia al racismo entre las personas homosexuales. Existe una tendencia, pero no suficiente en magnitud para considerarse estadísticamente significativa. Durante la historia reciente se han añadido los colores negro y marrón a la bandera LGTBI+, este suceso fue a raíz de las movilizaciones por parte de las personas racializadas. Según Cohen (2009), esta discriminación se denomina “marginalización secundaria”, refiere a cuando los grupos

marginados realizan una marginación dentro de su propia comunidad. La interseccionalidad es fundamental para entender este fenómeno, ya que se lleva a cabo tanto de forma sistemática como por sus miembros. En 2019 se hallaron estudios donde había una imperante discriminación racial dentro de las aplicaciones LGTBI+, encontrando innumerables ejemplos a través de una propuesta en internet a través de la etiqueta (hashtag) “#grindrwhileblack”, para dar a conocer estos hechos; como consecuencia algunas aplicaciones como Grindr eliminaron el filtro de “búsqueda por raza” después del asesinato de George Floyd en 2020 (Conner, 2019). Los datos obtenidos apoyan estos relatos, donde se indica que sí hay racismo por parte de los homosexuales. El racismo por parte del colectivo LGTBI+ está relacionado directamente con el término homonacionalismo, este se construye a partir de incorporar la homosexualidad como elemento caracterizador de la excepcionalidad de la nación (Puar, 2018). En otras palabras, el homonacionalismo hace referencia al énfasis por indicar que los inmigrantes son más LGTBI+fóbicos por su relación con religiones menos tolerantes, creando un racismo encubierto hacia otras etnias y otras religiones. Este término, pese a que no se utiliza por parte de los partidos políticos como tal si se utiliza en su discurso, se apoyan en el colectivo LGTBI+ indicando que no son racistas indicando que su fin es el de proteger los derechos del colectivo frente a inmigrantes, sobre todo de origen árabe. El homonacionalismo constituye un marco conceptual que permite comprender cómo las políticas LGTBI+ han sido instrumentalizadas en la construcción de una diferenciación geopolítica de carácter colonial (Sadurní y Pujol, 2015).

Sin embargo y pese a que en la población homosexual los datos en el factor RMAT sea superior también lo es en RMCA otorgando al mismo

tiempo una mayor empatía sobre la situación, entendiendo que el miedo al rechazo no quiere decir que no deban tener un apoyo y una mayor comprensión. Según Hutchinson (et al., 2022), para las personas mayores cultural y lingüísticamente diversos es esencial que se trabaje a través de todas sus dimensiones, ya que dan importancia a todas ellas por igual. Esta constatación infiere del análisis sistemático, en concreto de las seis dimensiones (QOL-ACC), reafirmando la importancia de la identidad, el propósito y el significado.

En cuanto al resultado sobre ART, el cual se vincula estrechamente con el anterior, nos proporciona información sobre los datos obtenidos de las personas homosexuales en relación con la actitud religiosa. Se puede deber a la no aceptación de la homosexualidad por parte de mayoría de las religiones monoteístas, y como consecuencia imperar el rechazo hacía las religiones. No todas las personas homosexuales son ateas o agnósticas, muchos/as tienen vinculación con la religión y/o la espiritualidad, pero a menudo informan de un conflicto entre la religión y la identidad sexual (Kanbur, 2020). Estos resultados se relacionan directamente con el estudio de Nelson y Thomas (2020), inciden en la importancia de la resiliencia espiritual y el trabajo en base a ella, y así, evitar las posibles discriminaciones por cuestiones religiosas y/o espirituales que pudieran suceder en los centros gerontológicos.

Con relación al análisis realizado de comparación de medias (ANOVA) y al profundizar en ellas mediante el correspondiente post hoc permitió evidenciar diferencias por grupos de edades, en este caso se constata que los participantes entre 51 y 55 años respecto al grupo de 56 años o más obtuvieron puntuaciones más altas referentes a RMAT ($p = ,010$). Estos resultados refieren al racismo amenaza y temor, revela que

las personas entre 51 y 55 años tienen un discurso y una mayor percepción negativa sobre los inmigrantes con relación a su influencia. También tienen una concepción negativa vinculada a la repartición de derechos, sintiéndose parte de la mayoría donde la minoría obtiene mayores derechos que ellos y ellas. Del mismo modo en RMCA el grupo de participantes entre 46 años a 50 años obtuvieron mayores puntuaciones que el grupo de 56 años o más ($p = ,013$), también en RMCA las discrepancias de relevancia estadística se encuentran entre los participantes de 51 a 55 años respecto a los de 56 años o más, los primeros obtuvieron puntuaciones más altas ($p = ,013$). En este caso RMCA hace referencia al racismo comprensión y el apoyo, este factor se relaciona con la comprensión y el apoyo que los participantes deberían brindar a las personas inmigrantes. Se confirma, por lo tanto, la hipótesis número 7 parcialmente. Atendiendo a estudios previos con relación a estos resultados, según Andújar et al. (2022), a través del informe basado en una encuesta a jóvenes en España sobre comportamientos, percepciones y actitudes racistas y/o xenófobas muestra que el discurso es mayoritariamente no racista, pero que hay minorías, alrededor de un 25%, que sostiene algunos postulados ambiguos y otros de rechazo a ciertos colectivos o a la puesta en marcha de algunas políticas de inclusión. Según Rivera (2009), cada generación posee variables económicas, geográficas y socioculturales específicas que afectan de forma directa a las actitudes hacia la diversidad.

La importancia de la medición de las actitudes religiosas desde un modelo de gestión centrado en la persona radica en que permiten tener un mayor conocimiento de la personalidad del individuo (Emmons, 1998), se evidencia por lo tanto de nuevo la necesidad de trabajar desde el MACP a través de la inclusión participante de los usuarios y desde sus historias

de vida para mejorar la calidad de vida de las personas que cohabitan. Desde el artículo obtenido tras la revisión sistemática realizado por Nelson y Thomas (2020) concluyen que la resiliencia es un factor fundamental e indispensable que incluir desde las intervenciones, los autores inciden que en algunos casos la persona se siente rechazada por aquellos que profesan una determinada religión, ya sea por propias creencias, características de la persona o de la comunidad. Por lo tanto, las intervenciones no se deben realizar únicamente desde el prisma de la diferencia si no también desde la igualdad poniendo el foco en todas las personas.

A través de la prueba *r* de Pearson se aprecian las correlaciones significativas, en las cuales no se identifica una correlación entre la actitud religiosa y el resto de las variables. En cuanto a las correlaciones significativas se observa como la variable HST correlaciona significativa y negativamente con RMAT ($r = -,435; p < ,001$), a través de este resultado de correlación con la variable relacionada con la homofobia y el racismo se puede indicar que a mayor homofobia existe un mayor racismo por parte de los participantes. El modelo de regresión múltiple explicó el 20,7% de la varianza en la variable dependiente y es significativo ($F = 26,789; p < ,001$). Tanto la amenaza temor ($\beta = -,349; t = -4,734; p < ,001$) como la comprensión apoyo ($\beta = -,159; t = -2,158; p = ,032$) mantienen su capacidad predictiva al integrarse de manera combinada (respecto a la homofobia total).

La variable HSCAN correlacionó significativa y negativamente con ART ($r = -,395; p < ,01$), el resto de las variables (HSAG, HSN, HST y HSC) también correlacionaron negativamente pero no de una forma significativa, se indica por lo tanto que a mayor comportamiento/afecto negativo hacia las personas homosexuales había una mayor aceptación

de la actitud hacia la religión, pero sin estar vinculada a un mayor afecto/agresión conductual o a una cognición negativa. La hipótesis número 4 se confirma, a mayor homofobia mayor racismo, pese a que la correlación aparezca negativa por la métrica utilizada en los cuestionarios seleccionados para medir estas variables. De lo que se desprende una correlación negativa que indica que ambas están relacionadas. El objetivo específico número 3, sistematizar la información publicada sobre la diversidad en relación con las personas mayores, se realizó con el fin de confirmar o no el resto de las hipótesis. En relación con la hipótesis número 1, sobre si existe una escasa o nula formación por parte del personal de los centros gerontológicos en materia de diversidad se relacionan los siguientes artículos. En el artículo de Villar et al. (2020) se confirma a través de este estudio realizado en España la evidencia la falta de formación en relación con la sexualidad y diversidad afectivo-sexual por parte de los profesionales de las residencias de personas mayores, además, los autores inciden en la poca conciencia que tienen sobre las necesidades sexuales de los residentes. Según Holman et al. (2020), se observa que proporcionar capacitación en diversidad afectivo-sexual hacia personas mayores LGTBI+ crea un mejor clima y mejorar la calidad de vida en los centros gerontológicos. En último lugar, en el artículo incluido en la revisión realizado por Daley et al. (2020) se evidencia la falta de capacitación y educación sobre diversidad afectivo-sexual por parte de los servicios de atención domiciliaria a personas mayores LGTBI+. Por lo tanto, y tras la revisión de estos artículos se puede afirmar que la formación hacia los profesionales en centros gerontológicos es esencial por su vinculación directa con la calidad de vida. Actualmente la formación es escasa o nula y, por lo tanto, existe la necesidad de formación en diversidad afectivo-sexual. Confirmándose por lo tanto la hipótesis número 1 del estudio.

Continuando con los resultados obtenidos de la revisión sistemática, en el artículo realizado por Nelson-Becker y Thomas (2020) se detectó, a través de su investigación, como la intervención teniendo como enfoque las historias de vida y la resiliencia de las personas podría mejorar el sentido del yo integrado, aportando reconocimiento a las fortalezas de las personas mayores LGTBI+ y a las personas mayores de entornos minoritarios étnicos y religiosos lidiar con la marginación, y en algunos casos, superarla, mejorando por lo tanto su calidad de vida.

En relación con la atención integral y el MACP, según Ward et al. (2019) se evidencia la necesidad creciente de dicha evaluación en relación con las personas mayores LGTBI+ y en personas mayores multiculturales, esta metodología mejora las necesidades tanto a nivel social como cultural mejorando la calidad de vida de los usuarios del servicio. Después del análisis de ambos artículos se puede confirmar por lo tanto la hipótesis número 2. Esta atención integral, que tiene en cuenta las historias de vida de las personas usuarias del servicio de los centros gerontológicos, va estrechamente vinculada a la mejora del servicio desde el MACP. Donde la persona es el centro de la atención en todo momento. Según Villar et al. (2020) se debe incidir en la necesidad e importancia de trabajar desde este modelo para trabajar en torno a la diversidad, teniendo en cuenta los derechos de todas las personas usuarias tratando de adaptar en todo momento la atención en base a las historias de vida, proponiendo este modelo como algo necesarios. Esta afirmación y estudio confirma la hipótesis número 6 del estudio.

14. CONCLUSIÓN

Es de vital importancia realizar intervenciones donde las personas mayores sean el centro de la atención, para ello se establece el MACP como modelo de gestión para los centros. Su realización y ejecución desde la interseccionalidad es indispensable. A continuación, se desarrolla una primera propuesta de intervención, que se presentará para su ejecución. La siguiente propuesta de intervención se realiza en torno al objetivo específico número cuatro (OE4), realizar un plan de intervención en relación con la diversidad para los centros gerontológicos gestionados por Mimara Residencial SLU. El presente plan de intervención se realiza teniendo en cuenta la revisión sistemática realizada, bibliografía encontrada para el estudio y datos recogidos.

El plan de intervención con relación al MACP y la diversidad se realizará a través de los principios rectores, estos guiarán la intervención. A continuación, se indican los principios rectores y su relación con la diversidad:

- Principio de competencia: Se atiende al criterio de promoción/auto realización de la diversidad.
- Principio de autonomía: Garantiza el derecho a la persona a mantener en todo momento el control de su vida, atendiendo en todo momento el criterio de diversidad.
- Principio de participación: Derecho a participar en la vida comunitaria, siendo el eje central de las intervenciones a realizar.
- Principio de integralidad: Respeto a las diferencias individuales, tanto por parte de los profesionales como del resto de las personas mayores, siempre desde la tolerancia y el respeto.
- Principio de individualidad: Cada persona es única y diferente.

- Principio de inclusión social. Toda persona independiente de su religión, etnia y diversidad afectivo-sexual tiene iguales derechos y oportunidades.

En primer lugar, se necesita realizar una evaluación de la situación actual, no se puede realizar la implementación del MACP sin saber las características del propio centro, del mismo modo es esencial realizar una evaluación de las nociones de ACP del centro y conocimientos por parte del personal. Para ello, se establecen las siguientes fases:

Fases pre-implementación del MACP:

- Evaluación de la situación actual: Se evaluará la situación actual del centro en términos cuantitativos desde el enfoque de atención y satisfacción de las necesidades de las personas usuarias del servicio.
- Definición del MACP: Se actuará desde la definición de los principios y valores del MACP para su implementación, esto implica establecer un enfoque claro donde el centro de las intervenciones sea la heterogenia, la autonomía, dignidad y el bienestar de las personas.
- Capacitación del personal: Esencial para el trabajo, se realizarán diversas formaciones tanto previamente al modelo como durante su implementación
- Evaluación y adaptación del entorno: Se deberán adaptar las infraestructuras en relación con las necesidades y preferencias de las personas usuarias. Implicará realizar los cambios que sean necesarios en el diseño tanto de los espacios comunes como de los espacios propios. Promoviendo en todo momento la autonomía personal.

- Desarrollo de los planes de atención individualizados en torno al plan de atención y vida, incluyendo las historias de vida: La presente fase se realizará juntamente con la persona usuarias y las familias y/o en torno próximo, siempre que la persona quiera así lo considere. Se deberá tener en cuenta aspectos tales como salud, alimentación, sexualidad, religión y la procedencia geográfica.
- Implementación y seguimiento del MACP: Se considera el MACP como un proceso y no como algo puntual, por lo tanto, será un proceso presente a revisión. Esta fase será monitorizada y evaluada de forma continua para evaluar la efectividad del modelo, realizando en todo momento los ajustes que sean necesarios según la casuística del centro en base a la recogida de datos por parte de los usuarios del servicio.

Fases de implementación del MACP:

- Fase de planificación: Para su realización se tendrán en cuenta los siguientes puntos, la duración estimada será de 2 meses:
 - Identificación de necesidades y objetivos a través de herramientas cualitativas.
 - Análisis de viabilidad económica y financiera.
 - Elaboración del plan de proyecto.
 - Definición del equipo y funciones.
 - Recopilación de recursos.
 - Aprobación del plan.
- Fase de diseño: Para su realización se tendrán en cuenta los siguientes puntos, la duración estimada será de 2 meses:
 - Evaluación del diseño arquitectónico y distribución de espacios.

- Selección de mobiliario y equipamiento.
 - Diseño de programas.
 - Diseño de actividades.
- Fase de implementación: Para su realización se tendrán en cuenta los siguientes puntos, la duración estimada será de 3 a 6 meses:
- Acondicionamiento de espacios en base a los resultados obtenidos.
 - Acciones explícitas para preservar el derecho a la privacidad e intimidad.
 - Capacitación del personal en MACP.
 - Capacitación del personal en diversidad (multiculturalidad y religión, sexualidad y diversidad afectivo-sexual).
 - Inicio de programas, en especial del plan de atención y vida, incluyendo las historias de vida de las personas usuarias del servicio.
 - Revisión de protocolos y programas.
- Fase de post implementación: Para su realización se tendrán en cuenta los siguientes puntos, la duración estimada será cíclica, siendo de carácter permanente:
- Evaluación de necesidades para la realización de formación.
 - Evaluación del MACP en usuarios y en familiares.
 - Evaluación del desempeño y satisfacción del MACP en profesionales.
 - Revisión y seguimiento de historias de vida.
 - Identificación de áreas de mejora, incluyendo medidas correctivas.
 - Elaboración de informes de seguimiento.

Para llevar a cabo toda la implementación se realizarán una serie de medidas y actividades concretas (ver Anexo I), cuyo objetivo principal será el de implementar el MACP desde la diversidad. Estas actividades concretas se dividirán en primer lugar en actividades cuyo fin es el de saber el nivel de ACP existente en el centro, esto es esencial ya que es posible que ya se estén realizando actividades e intervenciones desde la gestión del centro desde este modelo. Una vez analizado el nivel de cada centro se procederá a realizar una intervención acorde. En segundo lugar, se realizarán actividades en relación con la creación de espacios, del mismo modo que el nivel de ACP cada centro tendrá un diseño arquitectónico diferente desde el cual se tendrá que trabajar. En último lugar, se realizarán actividades en torno a saber el nivel de formación y realización de formaciones dirigidas tanto a la ACP como a la diversidad y su atención.

En cuanto a las limitaciones del estudio en primer lugar se establece la forma en la que se ejecutó el cuestionario en cuanto a la edad por rangos. Con el dato bruto de los años se podría haber realizado una variable categórica organizándola por generaciones, obteniendo el dato original de la edad al que se le podría sacar la media y la desviación típica con fines de describir la muestra y sus características para construir una variable categórica a partir de la variable cuantitativa original. En consecuencia, no se puede poner la edad con media y desviación típica siendo esta una variable cuantitativa continua. También se tiene en cuenta que no se pregunta sobre la identidad de género (cisgénero y transgénero) por lo que no se tiene el dato sobre diversidad de género en el estudio. En cuanto a la muestra, se considera que también es una limitación del estudio ya que las respuestas extremas pueden determinar los resultados, una muestra mayor podría diluir esta casuística, se

tuvieron cerca de 500 entradas, finalizando los cuestionarios en su totalidad 208 personas. Las citas encontradas para el estudio y los pocos artículos hallados durante la búsqueda sistemática en torno a esta problemática dificultaron el proceso, reflejando la complejidad y la naturaleza invisible del fenómeno de la diversidad en personas mayores.

A pesar de estas limitaciones, los resultados tienen importantes implicaciones en la investigación de la diversidad en las generaciones cercanas a la posibilidad de acudir a centros gerontológicos, ya que la discriminación se confirma que no es un aspecto generacional único de los nacidos en 1958 o antes. Con este estudio se pretende realizar una primera prospección para continuar con una investigación mayor junto con la validación de las escalas que lo precisen. Además, estos resultados tienen implicaciones directas en los centros gerontológicos actuales que deben abordar la diversidad tanto en intervención como en prevención y formación.

Más allá de políticas contra la homofobia o contra la multiculturalidad, hace falta un esfuerzo en conjugarlas desde la interseccionalidad, promoviendo la tolerancia hacia la diversidad con las minorías como son las étnicas, religiosas y diversidad afectivo-sexual. Si se realizan intervenciones o centros donde únicamente se tenga en cuenta una de las variables, como por ejemplo centros *gay friendly* podrían relucir otro tipo de discriminaciones. En clave de movimientos sociales esto implica no convertirse en movimientos sociales de un solo asunto (*single-issue*), si no ampliar la propia agenda o buscar alianzas amplias ahora y en un futuro próximo (Freude y Bosch 2022). Las intervenciones deberán realizarse en los centros gerontológicos desde el MACP, incluyendo al personal en este cambio para que se sientan parte del cambio. La

formación sobre la diversidad es algo indispensable, reduciendo la discriminación por edadismo, los estigmas asociados a la religión y a la etnicidad y creando espacios de igualdad y apoyo hacia la diversidad afectivo-sexual. Como futuras investigaciones se establece solventar las limitaciones obtenidas y validar una escala en la que se tengan en cuenta los diferentes tipos de diversidades.

Finalmente, resulta de interés la importancia de seguir con futuras líneas de investigación en torno a la actitud hacia la diversidad, incluyendo la validación de una escala desde la interseccionalidad, todo esto junto con estudiar los efectos producidos por los cambios en la gestión desde MACP y sus implicaciones en la calidad de vida de las personas mayores usuarias de los servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y LEGISLACIÓN

Bibliografía

- Abellán García, A., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 15. <http://hdl.handle.net/10261/164387>
- Alberola, S., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2017). Validación de un modelo intercultural de envejecimiento exitoso en población española. *Gerokomos*, 28(2), 63–67. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200063
- Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). The nature of prejudice.
- Altmann, W. (2006). “Vicio repugnante en lo social, aberración en lo sexual, perversión en lo psicológico y defecto en lo endocrino”. Un ensayo bibliográfico sobre la homosexualidad y los homosexuales bajo la dictadura franquista. *Iberoamericana* (2001), 6 (22), 193-210. <https://doi.org/10.18441/ibam.6.2006.22.193-210>
- Álvarez, C., & Urbano, D. (2013). Diversidad cultural y emprendimiento. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XIX(1), 154-169. https://www.researchgate.net/publication/255983317_Diversidad_Cultural_y_Emprendimiento_Cultural_diversity_and_entrepreneurial_activity

Andújar, A.; Sánchez, N.; Pradillo, S. & Sabín, F. (2022) Jóvenes y racismo. Estudio sobre las percepciones y actitudes racistas y xenófobas entre la población joven de España. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación Fad Juventud. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7268038>

Astasio Centelles, M., Martínez Gómez, N., Endrino-Vilanova, M. J., & Giménez-García, C. (2019). Estudio piloto sobre la eficacia de una intervención para reducir la homofobia en hombres y mujeres adolescentes. *Ágora de Salud* VI, 3, 31-36. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2019.6.3>

Awad, G. H., Cokley, K., & Ravitch, J. (2005). Attitudes toward affirmative action: A comparison of color-blind versus modern racist attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(7), 1384–1399. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2005.tb02175.x>

Badinter, E. (1997). *XY: On masculine identity*. Columbia University Press.

Baltar, A. L. (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. <http://www.imsersomayores.csic.es>

Barómetro Mayores, U. D. P. (2019). *Informe sobre edadismo*. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España. https://mayoresudp.org/wp-content/uploads/2019/09/19100-19038-UDP-BM-INF-5-JUN_Edadismo-1.pdf

- Becker, G. S. (1964). Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education. *National Bureau of Economic Research*, 360. <https://doi.org/10.1177/000271626536000153>
- Benítez Pérez, M. E. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58-68. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005B
- Beràstegui, J. (18, Julio, 2010). Robert Butler, pionero de la gerontología moderna, *El País*, https://elpais.com/diario/2010/07/28/necrologicas/1280268001_850215.html
- Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. M., & Ross, M. W. (2016). Internalized homonegativity: A systematic mapping review of empirical research. *Journal of homosexuality*, 63(4), 541-558. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788>
- Bernabé-Valero, G., Moret-Tatay, C., & García-Alandete, J. (Febrero 2015). Análisis confirmatorio de una escala para la medida de la religiosidad: la Escala Breve de Religiosidad (EBR). Trabajo presentado en XVI Congreso Virtual de Psiquiatría.com, de Interpsiquis 2015, Valencia, España. <https://psiquiatria.com/trabajos/28CONF3CVP2015.pdf>

Bernabé, I. Hernández, A. Ramos, A. Martínez, A. Martínez, C. E. Costa, D. Jusue, N. Muñon, R. Fierrez, S. y Gregorio. (2021) El ordenamiento jurídico español y las personas con discapacidad: entre la autodeterminación y el paternalismo. Universidad de València, Facultat de dret. <https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2021/05/ordenamiento-juridico.pdf>

Boyon, N. (2021). LGBT+ Pride 2021 Global Survey. <https://www.ipsos.com/en/lgbt-pride-2021-global-survey-points-generati-on-gap-around-gender-identity-and-sexual-attraction>

Bravo-Segal, S., & Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo?, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 266–271. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X20300901>

Brewczynski, J., & MacDonald, D. A. (2006). "Confirmatory factor analysis of the Allport and Ross religious orientation scale with a polish sample". *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16(1), 63-76. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327582ijpr1601_6

Brondolo, E., Kelly, K. P., Coakley, V., Gordon, T., Thompson, S., Levy, E., ... & Contrada, R. J. (2005). The perceived ethnic discrimination questionnaire: development and preliminary validation of a community version 1. *Journal of applied social psychology*, 35(2), 335-365. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2005.tb02124.x>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*: Harvard University Press.
https://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=OCmbzWka6xUC&oi=fnd&pg=PA3&dq=info:ktUhKv4nixoJ:scholar.google.com&ots=yzSXJ6XRe9&sig=1zKp1oXimJECqYf8xeml51kvzgg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Büssing, A. (Ed.). (2019). *Measures of Spirituality/Religiosity—Description of Concepts and Validation of Instruments*. MDPI.
<https://doi.org/10.3390/books978-3-03897-759-9>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, *9*(4_Part_1), 243-246.
https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/4_Part_1/243/569551
- Cancio, M. R. (2012). Concepto de diversidad. CONCEPTO DE DIVERSIDAD, 1079.
<https://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/VIIIcongreso/pdfs/134.pdf>
- Carbado, D. W., Crenshaw, K. W., Mays, V. M., & Tomlinson, B. (2013). INTERSECTIONALITY: Mapping the Movements of a Theory. *Du Bois review: social science research on race*, *10*(2), 303–312.
<https://doi.org/10.1017/S1742058X13000349>
- Cárdenas, M. (2007). Escala de Racismo Moderno: propiedades psicométricas y su relación con variables psicosociales. *Universitas Psychologica*, *6*(2), 255-262.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760205>

Carpaena, M. R. (2015). *Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas*. (MÁSTER, Universidad Pontificia Comillas), <https://repositorio.comillas.edu/jspui/handle/11531/1074>

Centre for Evidence-based Medicine (CEBM) (2023)-Levels of Evidence (March 2009). <https://www.cebm.net>

Cervantes, E. (27, Agosto, 2017). Viva su vejez con erotismo. *Reforma* <https://vlex.com.mx/vid/viva-vejez-erotismo-692185169>

Chen, J., McLaren, H., Jones, M., & Shams, L. (2022). The aging experiences of LGBTQ ethnic minority older adults: a systematic review. *The Gerontologist*, 62(3), e162-e177. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa134>

Cinalli, M., & O'Flynn, I. (2014). Public deliberation, network analysis and the political integration of Muslims in Britain. *The British Journal of Politics and International Relations*, 16(3), 428-451. <https://doi.org/10.1111/1467-856X.12003>

Ciocca, G., Capuano, N., Tuziak, B., Mollaioli, D., Limoncin, E., Valsecchi, D., Carosa, E., Gravina, G. L., Gianfrilli, D., Lenzi, A., & Jannini, E. A. (2015). Italian Validation of Homophobia Scale (HS). *Sexual Medicine*, 3(3), 213-218. <https://doi.org/10.1002/sm2.68>

Cohen, C. J. (2009). *The boundaries of blackness: AIDS and the breakdown of black politics*: University of Chicago Press.

Conner, C. T. (2019). The gay gayze: Expressions of inequality on Grindr. *The Sociological Quarterly*, 60(3), 397-419. <https://doi.org/10.1080/00380253.2018.1533394>

Contrada, R. J., Ashmore, R. D., Gary, M. L., Coups, E., Egeth, J. D., Sewell, A., ... & Chasse, V. (2001). Measures of ethnicity-related stress: Psychometric properties, ethnic group differences, and associations with well-being 1. *Journal of applied social psychology, 31*(9), 1775-1820. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2001.tb00205.x>

Costa, A. B., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2013). Systematic review of instruments measuring homophobia and related constructs. *Journal of Applied Social Psychology, 43*(6), 1324-1332. <https://doi.org/10.1111/jasp.12140>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(8), 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>

Cuddy, A. J. C., & Fiske, S. T. (2002). Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 3–26). The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/10679.001.0001>

Daley, A., Brotman, S., MacDonnell, J. A., & St Pierre, M. (2020). A Framework for Enhancing Access to Equitable Home Care for 2SLGBTQ+ Communities. *International journal of environmental research and public health, 17*(20), 7533. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207533>

Davobe, M. I. (2018). Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/159168>

De la Rubia, J. M., & Sulvarán, J. O. M. (2011). Escala de actitud hacia la homosexualidad: propiedades psicométricas y aspectos diferenciales por sexos. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 21(1), 105-124. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65421407006.pdf>

Del Castillo, M. N. Q., Rodríguez, V. B., Torres, R. R., Pérez, A. R., & Martel, E. C. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15(2), 197-204. <https://www.psicothema.com/pdf/1045.pdf>

Domènech, J. M. (2019). El envejecimiento de la población española y su impacto macroeconómico. *Papeles de Economía Española*, 161, 100-241. <https://www.funcas.es/articulos/el-envejecimiento-de-la-poblacion-espanola-y-su-impacto-macroeconomico-presente-y-futuro-de-la-seguridad-social-2019-n-161/#:~:text=Papeles%20de%20Econom%C3%ADa%20Espa%C3%B1ola%2C%20N.%C2%BA%20161%20%282019%29%20El,2018%20hasta%20el%2049%2C5%20por%20100%20en%202040>.

Emler, C. A., Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., & Jung, H. (2020). Accounting for HIV Health Disparities: Risk and Protective Factors Among Older Gay and Bisexual Men. *Journal of aging and health*, 32(7-8), 677-687. <https://doi.org/10.1177/0898264319848570>

Emlet, C. A., O'Brien, K. K., & Fredriksen Goldsen, K. (2019). The Global Impact of HIV on Sexual and Gender Minority Older Adults: Challenges, Progress, and Future Directions. *International journal of aging & human development*, 89(1), 108–126. <https://doi.org/10.1177/0091415019843456>

Emmons, R. (1998). *Religion and personality*. En H. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health 2018* (pp. 63-74). <https://doi.org/10.1016/B978-012417645-4/50072-9>

Equala (2023). Envejecer con orgullo: Estudio sobre las personas mayores LGTBI+ en Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra. <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-500-f-es.pdf?ts=20230331081053?ts=20230331081053>

Espin-Lorite E, Alonso-Garrido N, Noriega-Matanza C, Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Tazón-Ansola P. Impacto psicológico de la enfermedad y la hospitalización. En: *Relación y Comunicación*. Madrid (España): DAE Editorial; 2017, p.193-209

Eurostats, (2020, december, 21), Estructura demográfica y envejecimiento de la población. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estructura_demogr%C3%A1fica_y_envejecimiento_de_la_poblaci%C3%B3n&oldid=510186#El_porcentaje_de_personas_mayores_sigue_aumentando

Farrell, T. W., Hung, W. W., Unroe, K. T., Brown, T. R., Furman, C. D., Jih, J., ... & Rhodes, R. L. (2022). Exploring the intersection of structural racism and ageism in healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(12), 3366-3377. <https://doi.org/10.1111/jgs.18105>

Fetzer Institute (1999), National Institute on Aging Working Group: Multidimensional Measurement of Religiousness, Spirituality for Use in Health Research. A Report of a National Working Group Supported by the Fetzer Institute in Collaboration with the National Institute on Aging. https://fetzer.org/sites/default/files/resources/attachment/%5Bcurrent-date%3Atiny%5D/Multidimensional_Measurement_of_Religiousness_Spirituality.pdf

Francis, L. J., Santosh, Y. R., Robbins, M., & Vij, S. (2008). Assessing attitude toward hinduism: the Santosh–Francis Scale. *Mental Health, Religion and Culture*, 11(6), 609-621. <https://doi.org/10.1080/13674670701846469>

Fraser S., Lagacé M. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response says about us?. *Age and Ageing*, 49(5) 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>

Francis, L. y Enger, T. (2002). The norwegian translation of the Francis Scale Attitude toward Christianity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 363-367. doi: 10.1111/1467- 9450.00304

Fredriksen-Goldsen, K., Teri, L., Kim, H. J., La Fazia, D., McKenzie, G., Petros, R., Jung, H. H., Jones, B. R., Brown, C., & Emler, C. A. (2023). Design and development of the first randomized controlled trial of an intervention (IDEA) for sexual and gender minority older adults living with dementia and care partners. *Contemporary clinical trials*, 128, 107143. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107143>

Freixas-Farré, A., & Luque-Salas, B. (2014). La sexualidad de las mujeres mayores. Perspectiva evolutiva y psicosocial. *Anuario de Psicología*, 44(2), 213-228. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/10631/0>

Freude, L., & Bosch, N. V. (2022). La articulación del racismo y la homofobia en los valores de la población europea. *Quaderns de Psicologia*, 24(1), 11. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1739>

Goikoetxea Iturregui, M. (2013) *Aspectos éticos en la atención a las personas mayores*. www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Goikoetxea.pdf

Goikoetxea Iturregui, M. (2022). La ética como referente en la Atención Integral y Centrada en la Persona. In P. Rodríguez Rodríguez, A. Vilà Mancebo, & C. Ramos-Feijóo (Eds.), *La Atención Integral y Centrada en la Persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados* (pp. 1-15). Tecnos. <https://arabaapunto.eus/wp-content/uploads/2021/03/ACPetica-goikoetxea-definitivo.pdf>

- González Barranco, J. L. (2020). *La generación "Baby Boomer" ante la alfabetización digital: Un estudio de caso*. (TFM, Universidad Nacional de Educación a Distancia). <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:masterComEdred-Jlgonzalez>
- Green, H., Paul, M., Vidal, L., & Leibovic, L. (2007). Profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis* en pacientes inmunocomprometidos no infectados por VIH: revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Mayo Clin Proc* (Vol. 82, No. 9, pp. 1052-9).
- Greene, B., & Herek, G. M. (Eds.). (1994). *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483326757>.
- Guadarrama, R., Ortiz, M., Moreno, Y. y Gonzales, A. (2010). Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15(2), 72-79. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2010/rmq102e.pdf#:~:text=La%20asociaci%C3%B3n%20entre%20la%20calidad%20de%20vida%20y,coeficiente%20de%20correlaci%C3%B3n%20de%20rangos%20ordenados%20de%20Spearman>.
- Helfer, L. R., & Miller, A. M. (1996). Sexual orientation and human rights: Toward a United States and transnational jurisprudence. *Harvard Human Rights Journal*, 9, 61-104. <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/hhrj9&div=8&id=&page=>

- HelpAge Internacional España (2021) El derecho a los cuidados de las personas mayores. <https://www.helpage.es/helpage-espana-publica-el-informe-el-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores/>
- Heras-Sevilla, D., Ortega-Sánchez, D., & Rubia-Avi, M. (2021). Conceptualización y reflexión sobre el género y la diversidad sexual. Hacia un modelo coeducativo por y para la diversidad. *Perfiles educativos* 43 (173), 148-165. <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v43n173/0185-2698-peredu-43-173-148.pdf>
- Holman E. G., Landry-Meyer L., & Fish J. N. (2020). Creating supportive environments for LGBT older adults: An efficacy evaluation of staff training in a senior living facility. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(5), 464–477 <https://doi.org/10.22201/iissue.24486167e.2021.173.59808>
- Hutchinson, C., Cleland, J., McBain, C., Walker, R., Milte, R., Swaffer, K., & Ratcliffe, J. (2022). What quality of life domains are most important to older adults in residential care? . *Journal of Aging and Social Policy*. <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2134691>
- Hutton, B., Catalá, F., & Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica*, 147(6), 262–266. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>

Instituto Nacional de Estadística, (22 de septiembre de 2020).
Proyecciones de Población 2020-2070. Notas de prensa, INE
https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

Instituto Nacional de Estadística. 2023. Indicadores de estructura de la población. https://www.ine.es/prensa/ph_2022_2037.pdf

Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios, (s.f.). La homosexualidad en residencias de ancianos. ISES.
<https://www.isesinstituto.com/noticia/la-homosexualidad-en-residencias-de-ancianos>

Kanbur N. (2020). Internalized Homophobia in Adolescents: Is It Really About Culture or Religion?. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 29(2), 124-126. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7213920/>

Kaplan, D. B. y Berkman, B. J. (2022). Religión y espiritualidad en los ancianos. *Manual MSD versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>.

Keating, NC., Rodríguez, L., De Francisco, A. (2021). Hacia el envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe: ¿no dejar a nadie atrás?. *Rev Panam Salud Publica*. 45, pp: 1-3. <https://doi.org/10.26633>.

- Klein, U. (2016). Gender equality and diversity politics in higher education: Conflicts, challenges and requirements for collaboration. *Women's Studies International Forum*, 54, 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2015.06.017>
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78-85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing science quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49–75). The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/10679.001.0001>
- Martínez, T.M, (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>

- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 91–125). Academic Press. <https://psycnet.apa.org/record/1986-98698-004>
- McNeilly, M. D., Anderson, N. B., Armstead, C. A., Clark, R., Corbett, M., Robinson, E. L., ... & Lepisto, E. M. (1996). The perceived racism scale: a multidimensional assessment of the experience of white racism among African Americans. *Ethnicity & disease, 6*(1/2), 154-166. <https://www.jstor.org/stable/45409644>
- Meanley, S. P., Puesto, R. D., Hawk, M. E., Surkan, P. J., Shoptaw, S. J., Matthews, D. D., Teplin, L. A., Egan, J. E., & Plankey, M. W. (2020). Discriminación multifactorial, prominencia de la discriminación y experiencias prevalentes de homofobia internalizada en HSH de mediana edad y mayores. *Envejecimiento y salud mental, 24*(7), 1117-1174. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1594161>
- Meanley, S. P., Stall, R. D., Hawk, M. E., Surkan, P. J., Shoptaw, S. J., Matthews, D. D., Teplin, L. A., Egan, J. E., & Plankey, M. W. (2020). Multifactorial discrimination, discrimination salience, and prevalent experiences of internalized homophobia in middle-aged and older MSM. *Aging and Mental Health, 24*(7), 1167-1174. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1594161>
- Mendonça Lima, C.A., Levav, I., Jacobsson, L. y Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 679-682. <https://doi.org/10.1002/gps.877>

Mesquida González, J. M., Quiroga Raimúndez, V., & Boixadós Porquet, A. (2014). Trabajo Social, diversidad sexual y envejecimiento. Una investigación a través de una experiencia de aprendizaje-servicio. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 21, 177-192. <https://doi.org/10.14198/altern2014.21.09>

Mesquida González, J. M., Quiroga, V., & Boixadòs, A. (2016). 50+ LGTB Informe. Persones Grans Lesbianes, Gais, Trans i Bisexuals a la ciutat de Barcelona. Universitat de Barcelona <http://hdl.handle.net/2445/98724>

Mesquida González, J. M., Quiroga, V., & Boixadòs, A. (2017). 50+ LGTB Informe. Personas Mayores Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales en la ciudad de Barcelona. Universitat de Barcelona <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/120277>

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>

Montorio, I., Izal, M., Sánchez, M. y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 61-71. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART11620/dependencia_autonomia_funcional_vejez.pdf

- Moral de la Rubia, J., & Martínez Sulvarán, J. O. (2011). Escala de Actitud hacia la Homosexualidad: Propiedades psicométricas y aspectos diferenciales por sexos. *SOCIOTAM. Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*, 21(1), 85-103. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65421407006.pdf>
- Morales-Rodríguez, F. M. (2021). Educación transversal para la inclusión y diversidad afectivo-sexual, corporal y de género: Un proyecto de innovación docente. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 8(2), 261-281. <https://doi.org/10.17979/reipe.2021.8.2.8703>.
- Morrison, M. A., & Morrison, T. G. (2013). Modern homonegativity scale. In *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 414-426). Routledge.
- Muniesa, M.J., Fernández, T, Máñez, C.J., Herrera, D., Martínez, F., Yamir, M., ... & Matilla, A. (2022). Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España. https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2022/Informe_Evolucion_delitos_odio_2022.pdf
- Nascimento, M. (2015). Hombres, masculinidades y homofobia: apuntes para la reflexión desde lo conceptual y de lo político. *Conexões psi*, 2(2), 41-59. <https://core.ac.uk/download/pdf/229105373.pdf>

- Nash, M. (2001). *Multiculturalismo y género. Un estudio interdisciplinar*. Bellaterra, 21.
<https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=2465532&publis her=FZW027#page=21>
- Neff, J. A. (2006). Exploring the dimensionality of “religiosity” and “spirituality” in the Fetzer multidimensional measure. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(3), 449-459.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2006.00318.x>
- Nelson-Becker & Thomas M. (2020) Religious/Spiritual Struggles and Spiritual Resilience in Marginalised Older Adults. *Religions*, 11(9):431 <https://doi.org/10.3390/rel110904311>
<https://doi.org/10.3390/rel11090431>
- Núñez-Alarcón, M., Moreno-Jiménez, P., Moral-Toranzo, F., & Sánchez, M. (2011). Validación de una escala de orientación religiosa en muestras cristiana y musulmana. *Metodología de Encuestas*, 13(1), 97-120. https://www.uma.es/departamento-de-psicologia-social-trabajo-social-y-servicios-sociales-y-antropologia-social/navegador_de_ficheros/psicologia-social/descargar/documentos/felix-moral/metodologia_de_encuestas_2011.pdf
- Officer, A., Thiyagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P., & de la Fuente-Núñez, V. (2020). Ageism, healthy life expectancy and population ageing: How are they related?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3159.
doi:10.3390/ijerph17093159

Organización de las Naciones Unidas (2019). "Perspectivas de la población mundial 2019: metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población". serie Población y Desarrollo, N° 132 (LC/TS.2020/95), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/notas/perspectivas-la-poblacion-mundial-2019-metodologia-naciones-unidas-estimaciones-proyecciones#:~:text=Las%20estimaciones%20se%20basan%20en%20todas%20las%20fuentes,abarcen%20a%20la%20totalidad%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20mundial.>

Organización Mundial de la Salud (2002) Definiciones de salud sexual. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health

Organización Mundial de la Salud (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.a Asamblea Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2021). Envejecimiento y salud. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288#:~:text=A%20fin%20de%20concienciar%20mejor%20sobre%20las%20intervenciones,un%20marco%20para%20adoptar%20un%20enfoque%20operacional%20pertinente.>

Organización Mundial de la Salud. (2021), Ageism is a global challenge: UN. Ageism leads to poorer health, social isolation, earlier deaths and cost economies billions: report calls for swift action to implement effective anti-ageism strategies (ONU) <https://www.who.int/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>

Orozco-Parra, C. L., & Domínguez-Espinosa, A. D. C. (2014). Diseño y validación de la Escala de Actitud Religiosa. *Revista de Psicología*, 23(1), 3-11. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26432004002.pdf>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790-799.

Palacios-Ceña, D., Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Jiménez-García, R., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2012). Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey. *The journal of sexual medicine*, 9(1), 121-129. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02511.x>

Palacios-Ceña, D., Gómez-Calero, C., Cachón-Pérez, J. M., Velarde-García, J. F., Martínez-Piedrola, R., & Pérez-De-Heredia, M. (2016). s the experience of meaningful activities understood in nursing homes? A qualitative study. *Geriatric- nursing*, 37(2), 110-115 (New York, N.Y.),37(2), 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.10.015>

Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive*. 2ª Ed.; Springer Publishing Company

Pérez Matos, N. E., & Setién Quesada, E. (2008). La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológico-informativa. *Acimed*, 18(4), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008001000003

Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European journal of social psychology*, 25(1), 57-75. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420250106>

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 249-252. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>

- Pozo-Bardera, C. Solano-Pinto, N. Fernández-César, R. Garrido, D. Sevilla-Vera, Y. Gómez-Escobar, A. Valles, M. y Calderón, S. (2020). Estudio sobre edadismo en personas mayores de 50 años. Toledo: Universidad de Castilla-La Mancha. https://www.researchgate.net/profile/Ariadna-Gomezescobar/publication/348807146_Estudio_sobre_edadismo_en_personas_mayores_de_50_anos_Proyecto_financiado_por_el_Ayuntamiento_de_Toledo_Diciembre_2020_Dirigido_por_Cristina_Pozo-Bardera_Correo_electronico_cristinapozouclmes/links/60115191299bf1b33e296f24/Estudio-sobre-edadismo-en-personas-mayores-de-50-anos-Proyecto-financiado-por-el-Ayuntamiento-de-Toledo-Diciembre-2020-Dirigido-por-Cristina-Pozo-Bardera-Correo-electronico-cristinapozouclmes.pdf
- Puar, J. K. (2018). Terrorist assemblages: Homonationalism in queer times. Duke University Press.
- Pulido Rull, M. A., Huerta Leyva, A., Muñoz Ortiz, F., Pahua Mendoza, E., Pérez-Palacios Rodríguez, P., & Saracho Rosado, S. (2013). Homofobia en universidades de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 93-114. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80228344006.pdf>
- Queralta, A., Leister, G., Valcárcel Izquierdo, N., Santamaría Roche, C. L., & Hernández Borrego, Y. (2020). Diversidad e integración cultural en la atención al anciano. *Bioética*, 17-22. <http://cbioetica.org/revista/202/1722.pdf>

Raja, S., & Stokes, J. P. (1998). Assessing attitudes toward lesbians and gay men: The modern homophobia scale. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 3, 113-134.
<https://psycnet.apa.org/record/1999-10373-002>

Real Academia Española (1992). Diccionario de la lengua española.

Real Academia Española. (2023). <https://dle.rae.es/diversidad>

Real Academia Española. (2023). <https://dle.rae.es/estereotipo>

Real Academia Española. (2023). <https://dle.rae.es/prejuicio>

Renovell-Rico, S., Vidal Prades, E. D., & Ortega Leal, M. P. (2022). Homofobia en las aulas valencianas. *RESED: Revista de estudios socioeducativos*, 2022, 10, 75-92.
http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2022.i10.06

Rivera-Encinas, M. T., & Huarcaya-Victoria, J. (2019). Escala de actitud religiosa en estudiantes de Medicina Humana. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(4), 31-40.
<https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n4.05>

Rivera, L. (2009) ¿Dónde Están Los Baby Boomers? Forbes México.
<https://www.forbes.com.mx/donde-estan-los-baby-boomers/>

Rodríguez-Castro, Y., Fernández, M. L., Fernández, M. V. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Validación de la Escala Moderna de Homofobia en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of*

Psychology, 29(2), 523-533.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.137931>

Rodríguez-Rodríguez, P. (2010) "La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia". *Informes Portal Mayores*, 106.
<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/atencion%20CENTRADA%20EN%20PERSONA%202010.pdf>

Rodríguez-Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos: Las residencias en las que queremos vivir. *Fundación Pilares para la autonomía personal*, 1-40.
https://www.fundacionpilares.org/docs/las_ressidencias_que_queremos.pdf

Rodríguez, J. A. H. (2005). 6. Evolución futura de la población.
<https://studylib.es/doc/5262825/6.-evoluci%C3%B3n-futura-de-la-poblaci%C3%B3n---instituto-nacional-...>

Sadurní Balcells, N., & Pujol Tarrés, J. (2015). Homonacionalismo en Cataluña: una visión desde el activismo LGTBI. *Universitas Psychologica*, 14(SPE5), 1809-1820.

Salazar Ugarte, P., y Gutiérrez Rivas, R. (2008). El derecho a la libertad de expresión frente al derecho a la no discriminación. CONAPRED, <http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/963>

Sánchez Barrera, O., Martínez Abreu, J., Florit Serrate, P. , Gispert Abreu, E., & Vila Viera, M. (2019). Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. *Revista Médica Electrónica*, 41(3), 708-724.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300708&lng=es&tlng=es

Sancho Castiello, M. y Martínez Rodríguez, T. (2021) El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la Covid-19. Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro (2021) Informe España 2021. Universidad Pontificia Comillas.
<https://blogs.comillas.edu/informe-espana/2021/11/22/el-futuro-de-los-cuidados-de-larga-duracion/>

Sanders III, J. H., & Doyle, C. (2008). Casey Doyle: Artist at play. *Journal of LGBT Youth*, 5(2), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.1080/19361650802092325>

Sharp, P.M y Hahn, B.H. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Col spring Harbor perspectives in medicine*, 1(1), 1-22

Smith, L. y Wagner, T.H. (2003). The Effect of Age on the Use of Health and Self-Care Information: Confronting the Stereotype. *The Gerontologist*, 43(3), 318-324.
<https://doi.org/10.1093/geront/43.3.318>

- Solá, M. (2020). Guía básica sobre diversidad sexual y de género. Instituto Navarro para la igualdad. <https://www.igualdnavarra.es/imagenes/documentos/-235-f-es.pdf?ts=20210522090802>
- Taylor, C. (1994). *Multiculturalism: Examining the politics of recognition*. Princeton University Press. <https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691037790/multiculturalism>
- Thompson, L.W., Gallagher, D. & Breckenridge, J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.55.3.385>
- Tuziak, B. (2017). Russian Validation of Homophobia Scale (HS). *International Journal of Indian Psychology*, 5(1). <http://dx.doi.org/10.25215/0501.046>
- Urrutia, G., Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-declaracion-prisma-una-propuesta-mejorar-S0025775310001454>
- Utsey, S. O., & Ponterotto, J. G. (1996). Development and validation of the Index of Race-Related Stress (IRRS). *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 490. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.490>

Vallerand, R. J. (2006). *Les fondements de la psychologie sociale* (2e éd.). Montréal: Gaëtan Morin.

Vázquez, V., & Caprarulo, A. (2023). *Envejecer con orgullo: I Estudio sobre personas mayores LGTBI+ en Navarra*. Gobierno de Navarra: Instituto Navarro para la Igualdad/Nafarroako Berdintasunerako Institutua.
<https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-500-f-es.pdf?ts=20230504123417?ts=20230504123417>

Villar Possada, F., Celdrán, M., Serrat, R., & Canella, V. (2018). Abordando la diversidad en el envejecimiento activo; Una propuesta de clasificación. *Aula Abierta*, 47(1), 55. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART22036/villar_posada.pdf#:~:text=Volumen%2047%2C%20n%C3%BAmero%201%2C%20enero-marzo%2C%202018%2Fp%C3%A1gs.%2055-62%20Abordando,Posada%2C%20Monstserrat%20Celdr%C3%A1n%2C%20Rodrigo%20Serrat%20y%20Valentina%20Cannella

Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., Serrat, R., y Martínez, T. (2017). Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales. *Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Guías de la Fundación Palmares* 3. <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/8706/1/Archivo.pdf>

- Villar, F., Serrat, R., Celdrán, M., Fabà, J., Martínez, T., & Twisk, J. (2020). 'I do it my way': long-term care staff's perceptions of residents' sexual needs and suggestions for improvement in their management. *European Journal of Ageing*, 17(2), 197-205. <https://doi.org/10.1007%2Fs10433-019-00546-6>
- Ward KT, Hess M, Wu S. (2019). Geriatric Assessment in Multicultural Immigrant Populations. *Geriatrics*, 4(3), 40. <https://doi.org/10.3390/geriatrics4030040>.
- Willis P, Dobbs C, Evans E, Raithby M, Bishop JA (2020). Reluctant educators and self-advocates: Older trans adults' experiences of health-care services and practitioners in seeking gender-affirming services. *Health Expect*, 23(5), 1231-1240. <https://doi.org/10.1111%2Fhex.13104>
- World Health Organization [WHO]. (2021). Global Report on Ageism. <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism/>
- Wright LW, Jr, Adams HE, Bernat J. Homophobia Scale. En: Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, Davis SL, (2013). *Manual of measures related to sexuality*. Routledge; pp. 402– 404. <https://doi.org/10.1037/t07010-000>
- Wright, L. W., Jr., Adams, H. E., & Bernat, J. (1999). Development and validation of the Homophobia Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(4), 337– 347. <https://doi.org/10.1023/A:1022172816258>

Zambrano-Guerrero, C. (2022). Revision sistemática: Orientación sexual homosexual desde una perspectiva generacional. *Entramado*, 18(1). <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.17389>

Legislación

Adhesión de España al Convenio Internacional sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 21 de diciembre de 1965, con una reserva a la totalidad del artículo XXII (Jurisdicción del Tribunal Internacional de Justicia). Boletín Oficial del Estado 118, de 17 de mayo de 1969, páginas 7462 a 7466 (5 págs.). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1969-597>

Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). Resolución 61/106. Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Asamblea General de las Naciones Unidas. «Declaración Universal de los Derechos Humanos.» 217 (III) A. Paris, 1948. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1982). Resolución 37/51. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/432/91/IMG/NR043291.pdf?OpenElement>.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1991) Resolución 46/91. Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y acciones conexas. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/45/IMG/NR058845.pdf?OpenElement>.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2002). Resolución 57/167. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Asamblea General de Naciones Unidas (1992). Resolución 47/135. Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-rights-persons-belonging-national-or-ethnic>

Asamblea Mundial de la Salud, 43. (1990). 43a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 7-17 de mayo de 1990: resoluciones y decisiones, anexos. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/201722>.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010). Diario Oficial de la Unión Europea 83, 30 de marzo de 2010, pp 389-403.

Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (1994). “Observación general No. 19 (44) sobre la protección contra la violencia basada en la orientación sexual o la identidad de género”.

Consejo de la Unión Europea. (2012). Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012): estrategia futura. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-17468-2012-INIT/es/pdf>

Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado 311, 29 de diciembre de 1979, pp 29313-29424. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950. Ratificado por España el 26 de septiembre de 1979. Boletín Oficial del Estado 243, de 10 de octubre de 1979, pp. 23564 a 23570. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-24010>

Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. Boletín Oficial del Estado, 157, de 2 de julio de 2005, pp. 23632-23634. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-11364>

Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Boletín Oficial del Estado 167, de 13 de julio de 2022. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-11589>

Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social. Boletín Oficial del Estado 187, de 6 de agosto de 1970, páginas 12551 a 12557 (7 págs.). <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-854>

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado 80, de 29 de julio de 2015, páginas 64544 a 64613 (70 págs.).
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8470

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Boletín Oficial del Estado 65, de 16 de marzo de 2007.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-5585>

Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, 71, de 23 de marzo de 2007.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado 299, de 15 de diciembre de 2006.
<https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado 299, de 15 de diciembre de 2006.
<https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Boletín Oficial del Estado 51, de 01 de marzo de 2023.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>

Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 87, de 29 de julio de 1999. Boletín Oficial del Estado. 233, de 29 de septiembre de 1999. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-19448-consolidado.pdf>.

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Boletín Oficial del Estado 132, de 3 de junio de 2021. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>

Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Boletín Oficial del Estado 115, de 14 de Mayo de 1982. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-11196>.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado 71, de 23 de marzo de 2007. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>

Ley relativa a vagos y maleantes. Gaceta de Madrid 217, de 5 de agosto de 1933, páginas 874 a 877 (4 págs.). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1933-6761>

Organización Mundial de la Salud (2002) Definiciones de SALUD SEXUAL. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Parlamento Europeo (2006). Resolución del Parlamento Europeo sobre la homofobia en Europa. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-6-2006-0018_ES.html

Principios de Yogyakarta. (2007). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. <https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>

Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. (2, octubre, 1997). <https://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf>

UNESCO. (2001). Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural. <https://es.unesco.org/about-us/legal-affairs/declaracion-universal-unesco-diversidad-cultural>

UNESCO. (2005). Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales. <https://es.unesco.org/about-us/legal-affairs/convencion-proteccion-y-promocion-diversidad-expresiones-culturales>

ANEXOS

I. ACTIVIDADES Y PROGRAMAS

A continuación, se detallan las medidas principales para tener en cuenta en los centros gerontológicos en relación con la diversidad a través del MACP y las actividades presentadas.

Tabla 45

Medidas para tener en cuenta para Centros Gerontológicos en relación con la diversidad religiosa y diversidad racial

	Diversidad religiosa	Diversidad étnica
Espacios adecuados	Para las personas mayores religiosas es importante contar con espacios adecuados para la práctica. Eso les ayudará a sentirse más aceptados.	
Capacitación y sensibilización del personal	Es necesario que todos/as los/as profesionales tengan una adecuada formación sobre diversidad religiosa.	Es necesario que todos/as los/as profesionales tengan una adecuada formación sobre diversidad racial y sensibilización cultural.
	Designar a un profesional de referencia con formación adecuada.	
Acceso y apoyo en relación con la religión	Para los usuarios/as del servicio será importante que se sientan incluidos en la comunidad, incluyendo el acceso a grupos específicos y la inclusión de diversos líderes religiosos al centro. También será importante la facilitación de materiales religiosos.	

Celebraciones y festividades	Es importante fomentar las celebraciones y festividades religiosas, a su vez, respetar los rituales y prácticas asociadas a dicha festividad. Algunos ejemplos son:	Los centros deberán organizar eventos y actividades donde se celebre la diversidad racial y étnica. Pudiendo realizar algunas de las siguientes actividades:
	<ul style="list-style-type: none">- Hanukkah, judaísmo.- Eid y Ramadán, islamismo.- Diwali, budismo e hinduismo.	<ul style="list-style-type: none">- Festivales culturales.- Festivales gastronómicos.- Exposiciones artísticas.- Talleres intergeneracionales multiculturales.- Jornadas de sensibilización en materia de diversidad cultural.
Intercambio cultural y religioso	Fomentar el intercambio de pensamientos y el diálogo ayuda a la empatía hacia la otra persona, construyendo puentes. El intercambio cultural y religioso se realiza a través de talleres de reminiscencia, donde los usuarios pondrán en común su visión e intercambiarán pensamientos y credos.	
Personal diverso	El personal del centro deberá ser diverso, reflejando la variedad de etnias y religiones fomentando el ambiente inclusivo, de esta forma las personas usuarias se sentirán más representados.	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 46

Medidas para tener en cuenta para Centros Gerontológicos en relación con la sexualidad y la diversidad afectivo-sexual

	Diversidad afectivo-sexual
A nivel institucional	<p>Promover el compromiso de inclusión a las personas mayores LGTBI+ a través de diversas acciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Promover acciones públicas a favor de la diversidad afectivo-sexual.- Reconocimiento explícito al rechazo a cualquier tipo de discriminación.- Realizar acciones que promuevan la intimidad y privacidad.- Preservar el derecho a la confidencialidad.- Designar a un profesional de referencia con formación adecuada.
Usuarios/as del centro y familiares	<p>Realización de actuaciones a través de jornadas de sensibilización en torno a la sexualidad y la diversidad afectivo-sexual.</p>
Celebraciones y festividades	<p>Los centros deberán organizar eventos y actividades donde se celebre la diversidad afectivo-sexual.</p> <p>Se valorarán otras que estén relacionadas con la sexualidad.</p>
Capacitación y sensibilización del personal	<p>Es necesario que todos/as los/as profesionales tengan una adecuada formación sobre diversidad religiosa.</p> <p>También es importante que sepan los recursos cercanos con relación a diversas religiones.</p>

Personal diverso El personal del centro deberá ser diverso, reflejando la variedad fomentando el ambiente inclusivo, de esta forma las personas usuarias se sentirán más representados.

Fuente: elaboración propia.

I.I. Actividades concretas

I.I.I. Actividades cuyo fin es el de saber el nivel de ACP existente en el centro, dirigidas tanto a usuarios, a profesionales y a familias

Tabla 47

Actividad 1: Cuanto sabemos del MACP

Nº de actividad: 1	Nombre de la actividad: Cuanto sabemos del MACP
Tipo	Formativa
Objetivos:	OG: Evaluar el grado de conocimiento sobre el MACP entre los usuarios del centro. OE1: Determinar el nivel de comprensión y conocimiento de los usuarios sobre el MACP. OE2: Identificar las áreas en las que los usuarios pueden tener una comprensión limitada o incorrecta del MACP. OE3: Obtener información sobre las necesidades de capacitación o educación adicional de los usuarios en relación con el MAICP.
Lugar	Dependerá del Centro; se pretende que su realización sea en un lugar tranquilo.
Personal Implicado	Equipo técnico.
Usuarios/as Implicados/as	Personas usuarias del servicio.

Material	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario: PELI (The Preferences for Everyday Living Inventory). - Documento de confidencialidad y trato de los datos. - Decálogo MACP.
Nº de sesiones	Se realizará de forma anual.
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> - Se reparte el cuestionario elaborado al efecto. - Se solventan las dudas que puedan surgir. - Se recogen los datos del cuestionario con el fin de utilizar los datos para la elaboración del plan en ACP específico de cada centro. - Se reparte el decálogo para que lo tengan siempre para poder consultarlo cuando precisen
Evaluación	Cuestionario: PELI (The Preferences for Everyday Living Inventory). Se revisarán los resultados obtenidos y se tendrán en cuenta para la realización/evaluación del plan ACP del centro.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 48

Actividad 2: Cuanto sabemos de ACP los profesionales

Nº de actividad: 2	Nombre de la actividad: Cuanto sabemos de ACP los profesionales
Tipo	Formativa
Objetivos:	OG: Evaluar el grado de conocimiento sobre el MACP entre los profesionales del centro. OE1: Determinar el nivel de comprensión y conocimiento de los profesionales sobre el MACP. OE2: Identificar las áreas en las que los profesionales pueden tener una comprensión limitada o incorrecta del MACP. OE3: Obtener información sobre las necesidades de capacitación o educación adicional de los profesionales en relación con el MAICP.
Lugar	Dependerá del Centro; se pretende que su realización sea en un lugar tranquilo en el Centro. En el caso que el familiar no pueda acudir se le enviará vía mail junto con el documento de confidencialidad de los datos.
Personal Implicado	Todo el personal.

Material	<ul style="list-style-type: none">- Cuestionario: P-CAT (The Person-Centered Care Assessment Tool).- Documento de confidencialidad y trato de los datos.- Decálogo MACP.
Nº de sesiones	Se realizará de forma anual.
Metodología	<ul style="list-style-type: none">- Se reparte el cuestionario elaborado al efecto.- Se solventan las dudas que puedan surgir.- Se recogen los datos del cuestionario con el fin de utilizar los datos para la elaboración del plan en ACP específico de cada centro.- Se reparte el decálogo para que lo tengan siempre para poder consultarlo cuando precisen
Evaluación	Cuestionario: P-CAT (The Person-Centered Care Assessment Tool). Se revisarán los resultados obtenidos y se tendrán en cuenta para la realización/evaluación del plan ACP del centro.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 49

Actividad 3: Cuanto sabemos de ACP las familias

Nº de actividad: 3	Nombre de la actividad: Cuanto sabemos de ACP las familias
Tipo	Formativa
Objetivos:	OG: Evaluar el grado de satisfacción con el entorno, tanto de la habitación como los espacios comunes. OE1: Creación de espacios adaptados y acogedores que promuevan el bienestar emocional. OE2: Fomentar la participación activa y decisión de los espacios. OE3: Establecer relaciones de confianza y cercanía entre personal y suarios.
Lugar	Dependerá del Centro; se pretende que su realización sea en un lugar tranquilo.
Personal implicado	Equipo técnico.
Usuarios/as implicados/as	Todos los familiares.
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario: Family involvement in care. - Documento de confidencialidad y trato de los datos. - Decálogo MACP.
Nº de sesiones	Se realizará de forma anual.

Metodología	<ul style="list-style-type: none">- Se reparte el cuestionario elaborado al efecto.- Se solventan las dudas que puedan surgir.- Se recogen los datos del cuestionario con el fin de utilizar los datos para la elaboración del plan en ACP específico de cada centro.- Se reparte el decálogo para que lo tengan siempre para poder consultarlo cuando precisen
Evaluación	Cuestionario: PELI (The Preferences for Everyday Living Inventory). Se revisarán los resultados obtenidos y se tendrán en cuenta para la realización/evaluación del plan ACP del centro.

Fuente: elaboración propia.

1.1.II. Actividades relacionadas con la creación de espacios

Tabla 50

Actividad 4: Vamos a crear unidades convivenciales

Nº de actividad: 4	Nombre de la actividad: Vamos a crear unidades convivenciales
Tipo	Gestión
Objetivos:	OG: Diseñar unidades convivenciales para promover la autonomía, la interacción social, la inclusión y el sentimiento de pertenencia. OE1: Planificar los espacios de manera eficiente, considerando la privacidad y decisión de las personas usuarias del servicio. OE2: Incorporar soluciones arquitectónicas que faciliten la vida diaria en torno a la accesibilidad y seguridad. OE3: Integrar elementos de diseño que promuevan la sensación de hogar teniendo en cuenta a los gustos de los usuarios (actividad nº5).
Lugar	Espacios donde se puedan realizar las unidades de convivencia.
Material	- Planos.
Personal implicado	- Todo el personal.
Nº de sesiones	- Todas las que se estimen necesarias.

Metodología	<ul style="list-style-type: none">- Se realizará una primera reunión donde se identificarán las necesidades junto con los espacios disponibles.- Análisis del diseño arquitectónico.- Análisis de las necesidades.- Selección de posibilidades y material necesario.- Planificación de las áreas funcionales y distribución.
Evaluación	<p>Cuestionarios:</p> <ul style="list-style-type: none">- TESS-NH (The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes).- SCUEQS (The Special Care Unit Environmental Quality Scale). <p>Los cuestionarios se pasarán de forma anual para realizar una comparativa de resultados.</p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 51

Actividad 5: Vamos a crear unidades convivenciales

Nº de actividad: 5	Nombre de la actividad: Sentirse como en casa
Tipo	Actividad participativa
Objetivos:	OG: Determinar las necesidades de los usuarios para modificar los espacios privados y compartidos (unidades de convivencia) según sus necesidades. OE1: Crear un entorno que promueva el bienestar emocional de los usuarios. OE2: Fomentar el sentimiento de pertenencia desde la participación activa de los usuarios. OE3: Establecer relaciones de confianza y cercanía entre usuarios y profesionales.
Lugar	Sala de reuniones del centro.
Personal implicado	Equipo técnico junto con el resto de personal.
Usuarios/as implicados/as	Todos los usuarios.
Material	- El material necesario se establecerá en función de la primera puesta en común sobre las necesidades.
Nº de sesiones	- 2 sesiones; una de carácter inicial y puesta en común y una segunda de realización. - 2 sesiones anuales de revisión de los

	espacios junto con los usuarios, una cada seis meses.
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizará por unidad de convivencia. - Los usuarios podrán aportar recuerdos, fotografías y todo lo que consideren necesario, se trabajará junto con la familia. - Lo que se decida poner en el espacio en común se decidirá como grupo.
Evaluación	<p>Observación.</p> <p>Cuestionario: DCM (Dementia Care Mapping); se utilizará previa implantación y posteriormente de forma anual.</p>

Fuente: elaboración propia.

1.1.III. Actividades relacionadas con la formación:

Tabla 52

Actividad 6: Vamos a crear unidades convivenciales

Nº de actividad: 6	Nombre de la actividad: Cambiemos la perspectiva de la atención
Tipo	Formación

Objetivos:	<p>OG: Formar a los profesionales sobre el MACP.</p> <p>OE1: Familiarizar y promover la comprensión, necesidad y conceptualización entorno al MACP.</p> <p>OE2: Promover la comprensión sobre los beneficios y el impacto del MACP en los centros Gerontológicos.</p> <p>OE3: Establecer las bases para la formación continua, con el fin de adaptar la implantación del MACP de una forma continuada.</p>
Lugar	Espacio adaptado en el centro para la realización de la formación.
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Diapositivas. - Material de lectura.
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los profesionales. - Persona de referencia experta en el MACP.
Nº de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> - 5 sesiones. - Posteriormente se realizará una sesión cada seis meses para resolver posibles dudas.
Metodología	<p>Se realizarán sesiones de formación tanto antes de iniciar el proceso de cambio a MACP como posteriormente con el objetivo de asentar las bases del modelo.</p> <p><u>Temario:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tema 1: Atención integral en la intervención. <ul style="list-style-type: none"> • Modelo ACP vs Modelo centrado en

	<p>el servicio.</p> <ul style="list-style-type: none">• MACP.• Toma de decisiones.• El proceso.• Uso del lenguaje. <p>- Tema 2: Cuestiones previas a la implementación: tiempos y sensibilización al cambio.</p> <ul style="list-style-type: none">• Principios éticos que sustentan el MACP.• Entorno y ambiente. <p>- Tema 3: La importancia del proyecto de vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Plan de acción y vida (PayV).• Historia de vida.• Otros soportes: campeonato, cajas de recuerdo, árbol de vida, etc. <p>- Tema 4: El papel de los profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none">• Figura del facilitador del plan• Equipo técnico.• Personal de atención directa. <p>- Tema 5. Intervención y aplicación del MACP.</p> <ul style="list-style-type: none">• Recomendaciones.• Comunicación con familias y usuarios/as.• Protocolos de actuación. <p>- Tema 6: Evaluación y buenas prácticas en</p>
--	---

	<p>la gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad del servicio. • Otras herramientas de evaluación. • Deontología.
Evaluación	<p>Cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pasará cuestionario de satisfacción al finalizar la formación para evaluar las sesiones y saber si hay aspectos en los que les gustaría seguir incidiendo.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 53

Actividad 7: Diversidad: igualdad, edadismo, sexualidad, etnicidad, religiosidad y diversidad afectivo-sexual

Nº de actividad: 7	<p>Nombre de la actividad:</p> <p>Diversidad: igualdad, edadismo sexualidad, etnicidad, religiosidad y diversidad afectivo-sexual.</p>
Tipo	Formación
Objetivos:	<p>OG: Formar a los profesionales sobre la diversidad en el MACP.</p> <p>OE1: Familiarizar y promover la comprensión, necesidad y conceptualización a la diversidad.</p> <p>OE2: Promover la comprensión sobre los beneficios y el impacto de la diversidad.</p> <p>OE3: Establecer las bases para la formación continua, con el fin de adaptar la implantación del</p>

	MACP de una forma continuada a través de la diversidad.
Lugar	Espacio adaptado en el centro para la realización de la formación.
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Diapositivas. - Material de lectura.
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los profesionales. - Persona de referencia experta en diversidad.
Nº de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> - 12 sesiones. - Posteriormente se realizará una sesión cada seis meses para resolver posibles dudas.
Metodología	<p>Se realizarán diversas sesiones de formación, a continuación, se detalla la distribución y el temario:</p> <p><u>Distribución de las sesiones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Previo: (2 sesiones) Análisis de conocimientos y actitudes, utilizando cuestionarios y entrevistas. Plantear modificaciones en el reclutamiento para conocer posibles estereotipos. b) Básico (5 sesiones). Talleres mensuales sobre diversidad, aprovechando la ocasión

	<p>para ampliar la formación en diversidad y sexualidad en general.</p> <p>c) Avanzado (5 sesiones): Profundizar en habilidades y herramientas, creación de un registro de situaciones problemáticas con un formulario ad hoc. Revisión anual de las actividades formativas. Valoración de incidentes críticos y planteamiento de soluciones. Designar a un profesional como referencia para saber a quién dirigirse en el centro.</p> <p><u>Temario:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tema 1: Atención a los/as usuarios/as<ul style="list-style-type: none">• Introducción a la diversidad.• Problemática.• La importancia de la prevención.- Tema 2: Religiosidad.- Tema 3: Etnicidad.- Tema 4: Diversidad afectivo-sexual.- Tema 5: Desafíos<ul style="list-style-type: none">• Limitaciones y desafíos.• Situaciones habituales.• Privacidad.• Necesidades y cambios.- Tema 6: Programas e intervención en el MACP.<ul style="list-style-type: none">• La importancia del entorno.• Intervención.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Efectos en la salud.- Tema 7: Conclusiones.<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de buenas prácticas.• Protocolo de intervención.
Evaluación	<p>Cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se pasará cuestionario de satisfacción al finalizar la formación para evaluar las sesiones y saber si hay aspectos en los que les gustaría seguir incidiendo.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 54

Actividad 8: Sensibilización sobre la diversidad

Nº de actividad: 8	Nombre de la actividad: Sensibilización sobre la diversidad
Tipo	Formación
Objetivos:	OG: Sensibilizar sobre la diversidad a los usuarios y a las familias. OE1: Identificar posibles estereotipos y estigmas. OE2: Dar a conocer los estereotipos y la guía informativa.
Lugar	Espacio adaptado en el centro para la realización de la formación.
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Diapositivas. - Material de lectura. - Cuestionarios.
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los profesionales. - Persona de referencia experta en diversidad. - Todos los usuarios.
Usuarios/as implicados/as	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los/as usuarios/as.
Nº de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> - 3 sesiones, cada una de forma trimestral.
Metodología	<p>Se realizarán diversas sesiones de sensibilización, a continuación, se detalla la distribución y el tipo de taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taller 1. Cuestionarios:

	<ul style="list-style-type: none">• Escala de Racismo Moderno (MRS).• Escala de Homofobia (HS).• Escala de Actitud Religiosa (RAS). <p>Estos cuestionarios se pasarán de forma inicial para empezar la sensibilización en los usuarios que estén en el centro. Posteriormente se utilizarán en nuevos ingresos para detectar posibles actitudes de carácter discriminatorio. Posteriormente se hará in análisis de los datos obtenidos para saber el grado de discriminación que pudiera existir en el centro.</p> <ul style="list-style-type: none">- Taller 2. Formación:<ul style="list-style-type: none">• Se realizará una adaptación de la formación a profesionales para las familias y usuarios/as. Se tratará de invitar, a través de asociación de personas mayores LGTBI+ y centros multiculturales, a participar.- Taller 3: Cuestionarios para verificar los posibles cambios, se pasarán de nuevo los cuestionarios para ver los posibles cambios que se hubieran podido producir después de la formación.- Debate final: Se crearán mesas de debate, se pretende que mínimo sean dos de forma anual. Donde se hable sobre noticias, problemas y posibles incidentes
--	--

	producidos en el centro.
Evaluación	<p>Cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pasará cuestionario de satisfacción al finalizar la formación para evaluar las sesiones y saber si hay aspectos en los que les gustaría seguir incidiendo. - Escala de Racismo Moderno (MRS). - Escala de Homofobia (HS). - Escala de Actitud Religiosa (RAS).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 55

Actividad 9: Creación del decálogo de la diversidad

Nº de actividad: 9	Nombre de la actividad: Creación del decálogo de la diversidad.
Tipo	Elaboración de un documento general para la empresa.
Objetivos:	<p>OG: Creación de la guía “diversity friendly”.</p> <p>OE1: Establecer los derechos de las personas multiculturales y LGTBI+.</p> <p>OE2: Exponer de forma explícita que no se acepta ningún tipo de discriminación.</p> <p>O3. Establecer los derechos de admisión según los resultados obtenidos en las escalas de actitud hacia la diversidad (actividad nº8).</p>

Lugar	Espacio adaptado en el centro para la realización de la formación.
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Guía de empresa. - Manual de buenas prácticas de la empresa. - Cuestionarios y resultados.
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los profesionales. - Todos los usuarios.
Usuarios/as implicados/as	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los/as usuarios/as.
Nº de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> - 8 sesiones, de forma semanal.
Metodología	<p>Se realizarán diversas sesiones, a continuación, se expone cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exponer las bases de la guía de atención a la diversidad por parte de la empresa. - Se establecerá la persona responsable por parte de la empresa en el área de diversidad. - Explorar los resultados a través de los cuestionarios para analizar las necesidades de cada centro. - Establecer una guía general y protocolos a nivel estatal para su aplicación. - Exponer los cuestionarios como método de admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Racismo Moderno (MRS).

	<ul style="list-style-type: none">• Escala de Homofobia (HS).• Escala de Actitud Religiosa (RAS). <p>- Se incluirán los registros necesarios estandarizados para la implementación de la guía; además, se establecerá el circuito en el caso de incidentes y personal de referencia de cada centro.</p>
Evaluación	<p>Cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se pasará cuestionario de satisfacción al finalizar la formación para evaluar las sesiones y saber si hay aspectos en los que les gustaría seguir incidiendo.- Escala de Racismo Moderno (MRS).- Escala de Homofobia (HS).- Escala de Actitud Religiosa (RAS).

Fuente: elaboración propia.

II. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LAS ENCUESTAS

Estimado/a participante

Este es un proyecto de investigación perteneciente al programa de doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría. Dicho estudio pertenece a la línea de investigación “estudio de las variables psicológicas personales y grupales en el ámbito laboral”. En concreto, la investigación tiene como eje central la diversidad y sus implicaciones en la calidad de vida en los centros gerontológicos.

Su participación es muy importante y consistirá en contestar preguntas relacionadas con la percepción de situaciones comunes del trabajo que realiza y de su forma general de pensar, sentir y actuar.

Deseamos enfatizar que el estudio es totalmente anónimo y que es necesario contestar todas las preguntas hasta el final, sin embargo, usted es libre de dejar de contestarlas en el momento que así lo desee. Los datos serán utilizados para investigación y posible publicación de artículos en revistas de interés científico.

Si usted tiene alguna pregunta, puede contactar con el personal investigador a cargo vía e-mail: D. Javier Mesas Fernández: jvrmss@gmail.com, Dr. Jordi Tous Pallarès: jordi.tous@urv.cat

Al pulsar el botón continuar usted acepta que es mayor de 18 años y desea participar.



III. CUESTIONARIOS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

Cuestionario de datos sociodemográficos

Datos personales

1. Sexo:

- Hombre.
- Mujer.
- Otros

2. Orientación afectivo-sexual:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Otros. _____
- NS/NC

3. Edad:

- 40- 45
- 46- 50
- 51- 55
- 56 y más.

4. Estado Civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/separado
- Viudo/a
- Otros. _____

5. País de residencia:

6. Tipo de vivienda en la que reside:

- Propia.
- Familiar.
- Otros.

Cuestionario nº1: Escala de homofobia

Cuestionario nº 1 - ESCALA DE HOMOFOBIA						
Nº	Pregunta	Puntuación				
1	Los gays me ponen nervioso.	1	2	3	4	5
2	Los gays merecen lo malo que reciben por ser homosexuales.	1	2	3	4	5
3	La homosexualidad es aceptable para mí.	1	2	3	4	5
4	Si yo descubro que un amigo/a es homosexual finalizaría mi amistad con él/ella.	1	2	3	4	5
5	Pienso que las personas homosexuales no deberían trabajar con menores.	1	2	3	4	5
6	Realizo comentarios despectivos sobre las personas gays.	1	2	3	4	5
7	Disfruto con la compañía de personas gays.	1	2	3	4	5
8	El matrimonio entre personas homosexuales es aceptable.	1	2	3	4	5
9	Realizo comentarios despectivos como “maricón” o “marica”	1	2	3	4	5
10	A mí no me importa si mis amigos/as son gays o heterosexuales.	1	2	3	4	5

- 11 No me molestaría descubrir que un amigo/a cercano es homosexual. 1 2 3 4 5
- 12 La homosexualidad es inmoral. 1 2 3 4 5
- 13 Desprecio a las personas gays y me burlo de ellas. 1 2 3 4 5
- 14 Siento que no se puede confiar en una persona que sea homosexual. 1 2 3 4 5
- 15 Temo que personas homosexuales intenten acosarme sexualmente 1 2 3 4 5
- 16 Las organizaciones que promueven los derechos gays son necesarias. 1 2 3 4 5
- 17 Yo he dañado alguna propiedad de personas gays, como rallar sus coches. 1 2 3 4 5
- 18 Me sentiría cómodo/a con un/a compañero/a de piso gay. 1 2 3 4 5
- 19 Pegaría a un/a homosexual si intentara ligar conmigo. 1 2 3 4 5
- 20 El comportamiento homosexual no debería de ser penado. 1 2 3 4 5
- 21 Evito a los/as gays. 1 2 3 4 5

- 22 No me molesta ver a dos personas homosexuales juntos en público. 1 2 3 4 5
- 23 Cuando veo a una persona gay pienso “que desperdicio”. 1 2 3 4 5
- 24 Cuando conozco a alguien intento averiguar si él/ella es gay. 1 2 3 4 5
- 25 Tengo relaciones difíciles con personas que sospecho son gays. 1 2 3 4 5
-

Fuente: Navas (1998)

Cuestionario nº2: Escala de racismo moderno

Cuestionario nº 2 - ESCALA DE RACISMO MODERNO									
Nº	Pregunta	Puntuación							
1	En los últimos años, ellos consiguieron económicamente más de lo que merecen	1	2	3	4	5	6	7	
2	En los últimos años, el gobierno y los medios de comunicación le mostraron más respeto y consideración	1	2	3	4	5	6	7	
3	Es comprensible que ellos estén descontentos	1	2	3	4	5	6	7	
4	Ellos son muy exigentes en la búsqueda de la igualdad de derechos	1	2	3	4	5	6	7	
5	Ellos tienen más influencia en las decisiones de los políticos de la que deberían tener	1	2	3	4	5	6	7	
6	Ellos están mejor ahora que antes	1	2	3	4	5	6	7	
7	Los que reciben ayuda del gobierno podrían salir adelante sin esa ayuda si quisieran superarse de verdad	1	2	3	4	5	6	7	
8	En general, el gobierno dedica más atención a las peticiones y quejas de ellos que a la de personas de otras razas	1	2	3	4	5	6	7	

9 Todas las personas deberíamos apoyar a los negros o afrodescendientes en la lucha contra la discriminación 1 2 3 4 5 6 7

10 Ellos deben estar donde otras personas les quieran 1 2 3 4 5 6 7

Fuente: Pulido et al. (2013)

Cuestionario nº3: Escala de actitud religiosa

Cuestionario Nº 3 - ESCALA DE ACTITUD RELIGIOSA

Nº	Pregunta	Puntuación				
1	Dios me ayuda a llevar una vida mejor	1	2	3	4	5
2	Me gusta mucho aprender sobre de Dios	1	2	3	4	5
3	Dios significa nada para mí (R)	1	2	3	4	5
4	Creo que Dios ayuda a la gente	1	2	3	4	5
5	La oración me ayuda mucho	1	2	3	4	5
6	Pienso que orar es una buena cosa	1	2	3	4	5
7	Pienso que los textos religiosos (ej, la Biblia, el Corán, el Torá) son anticuados (R)	1	2	3	4	5
8	Dios es muy real para mí	1	2	3	4	5
9	Pienso que orar sirve para nada (R)	1	2	3	4	5
10	La religión me ayuda a llevar una vida mejor	1	2	3	4	5
11	Encuentro difícil creer en Dios (R)	1	2	3	4	5
12	Pienso que los rituales religiosos son una pérdida de tiempo (R)	1	2	3	4	5
12	Para mí es importante practicar mi religión/creencias espirituales	1	2	3	4	5

14	La religión es relevante en el mundo moderno	1	2	3	4	5
15	Pienso que ir al templo (ej., Iglesia, Sinagoga, Mezquita) es una pérdida de tiempo (R)	1	2	3	4	5
16	Ocasionalmente comprometo o adapto mis creencias religiosas para proteger mi bienestar social y económico (R)	1	2	3	4	5
17	Mis creencias religiosas realmente dan forma a mi enfoque total de vida	1	2	3	4	5
18	Estoy constantemente cuestionando mis creencias religiosas (R)	1	2	3	4	5
19	La espiritualidad es importante en mi vida	1	2	3	4	5

Fuente: Bernabé-Valero et al. (2015), R = ítems invertidos.

IV. BÚSQUEDA REVISIÓN SISTEMÁTICA

La realización de la investigación sistemática requiere del establecimiento de tres fases, estas se desarrollan y articulan de manera secuencial con el fin de garantizar la identificación y selección de los documentos (Tabla 56).

Tabla 56

Fases con el fin de garantizar la identificación y selección de los documentos

Primera fase	Identificación y recuperación de los artículos que puedan resultar de interés con relación al objeto de estudio y contexto del trabajo descrito Establecimiento de un conjunto de base de datos, consultadas para la recuperación de los artículos de interés. Descripción de las palabras clave que se utilizarán.	Estas actuaciones se establecen de forma explícita en la pregunta PICO, siendo de carácter congruente con los objetivos establecidos Se lleva a cabo la búsqueda mediante la aplicación de las estrategias de búsqueda definidas y, de este modo, se detectan aquellos documentos vinculados al planteamiento.
Segunda fase	Se lleva a cabo un filtrado de los artículos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión de los documentos. , de manera que se ajustan las características de los artículos recuperados con los parámetros que se describen	Se ajustan las características de los artículos recuperados con los parámetros que se describen.
Tercera fase	Lectura del texto completo de los artículos seleccionados, con el fin de identificar, catalogar y tabular todos los datos de interés.	

Fuente: elaboración propia.

Criterios de selección de estudios.

- Criterios de inclusión:
 - Artículos científicos y revistas de los últimos cinco años de publicación en los que se haya abordado el enfoque del envejecimiento activo, sus componentes, políticas y estrategias, tanto en español como en inglés.
 - Artículos bajo un diseño cualitativo
 - Documentos científicos e investigaciones que se encuentren completas.
 - Textos que hayan sido desarrollados de casos internacionales y de España.
 - Artículos y revistas científicos tanto nacionales como internacionales.
- Criterios de exclusión:
 - Tipo de estudio: metaanálisis y revisiones sistemáticas; artículos de opinión y duplicados.
 - Población de muestra (edad).
 - Documentos que no contengan en el título, en el resumen y/o en las palabras clave.
 - Investigaciones o material con más de 5 años de publicación.

Consecuentemente, se determinó mediante la lista de verificación que a través de la declaración PRISMA 2020, que las fuentes de investigación deben contener apartados puntuales tales como: sección/tema; título; resumen; introducción; métodos de indagación y las resoluciones que otros investigadores lograron concretar en su proceso investigativo y que se contrastaran en el apartado de discusión.

Fuentes de información y método de búsqueda.

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Pubmed (US National Library of Medicine), Medline, Scielo, Web of Science (Institute os Scientific Information) y Scopus.

Para la búsqueda se combinaron diferentes palabras clave:

- Términos Mesh: “quality of life”, “nursing homes”, “intersectionality”
- Términos DeCs: “calidad de vida”, “residencias de personas mayores” e “interseccionalidad”.

A parte, se utilizaron términos que no están recogidos en los términos Mesh, fueron los siguientes: “diversity”, “gerontology” y “elderly people”. Estos términos fueron combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”, de esta manera se dirige la búsqueda hacia los artículos deseados. Finalmente, se realiza la siguiente búsqueda en las diferentes bases de datos:

(religious OR spiritual OR cultural OR gender OR sexual) AND diversity AND (“quality of life” OR “well being” OR “well-being” OR care) AND (“elderly people” OR “nursing homes” OR elder OR “old people”)

Durante el proceso de revisión se utilizaron otras estrategias de búsqueda a través de operadores booleanos (Tabla 57).

Tabla 57

Estrategias de búsqueda con operadores booleanos realizadas

1	diversity AND "Quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes") AND "intersectionality"
2	diversity AND "Quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes")
3	("cultural diversity" OR "gender diversity" OR "sexual diversity") AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes")
4	("cultural diversity" OR "gender diversity" OR "sexual diversity") AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elder) AND "intersectionality"
5	("cultural diversity" OR "gender diversity" OR "sexual diversity") AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "old people" OR elder) AND "intersectionality"
6	("religious diversity" OR "cultural diversity" OR "gender diversity" OR "sexual diversity") AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elder) OR "intersectionality"
7	("religious diversity" OR "spiritual diversity" OR "cultural diversity" OR "gender diversity" OR "sexual diversity") AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elder)
8	("religious diversity" OR "spiritual diversity" OR "cultural diversity" OR "gender diversity" OR "sexual diversity") AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elder OR "old people") AND "intersectionality"
9	("religious diversity" OR "spiritual diversity" OR "cultural diversity" OR "gender diversity" OR "sexual diversity") AND ("quality of life" OR "well being" OR well-being OR wellbeing) AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR ageism OR "old people")
10	("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elderly OR "old people")
11	("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND ("quality of life" OR "well being" OR well-being OR wellbeing) AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elder OR "old people")

-
- 12 ("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND ("quality of life" OR "well being" OR well-being OR wellbeing) AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR "old people") AND "intersectionality"
 - 13 ("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND ("quality of life" OR "ageism" OR well-being OR wellbeing) AND (eld* OR old*)
 - 14 ("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND ("quality of life" OR "well being" OR well-being OR wellbeing) AND eld*
 - 15 ("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND ("quality of life" OR "well being" OR well-being OR wellbeing)
 - 16 ("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND ("quality of life" OR "well being" OR well-being OR wellbeing) AND ("elderly people" OR "residential care" OR "old people") AND "intersectionality"
 - 17 ("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elder OR "old people")
 - 18 ("religious" OR "spiritual" OR "cultural" OR "gender" OR "sexual") AND diversity AND "quality of life" AND ("elderly people" OR "nursing homes" OR elder OR "old people") AND ("systematic review" OR meta-analysis OR metaanalysis)
-

Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, tenemos las siguientes características en relación con las variables independientes, variables dependientes y muestra de población (Tabla 10).

Tabla 58

Otras estrategias de búsqueda

Tributos de las variables independientes	Término clave de investigación	Variables dependientes	Muestra de la población
- Religión	- Diversidad	- Personas mayores	- Persona mayor
- Espiritual	- Calidad de vida	- Residencias de personas mayores	- Personas mayores
- Cultural	- Interseccionalidad		
- Género			
- Sexual			

Fuente: elaboración propia.

La búsqueda en las bases de datos se realizó entre los meses de mayo y julio de 2023, realizándose la última búsqueda el día 23 de julio de 2023.

A continuación, se detalla con exactitud el proceso de búsqueda llevado a cabo en cada una de las bases de datos mencionadas.

- WEB OF SCIENCE

Se realizó la búsqueda dentro de “Topic”, con la siguiente combinación:

(religious OR spiritual OR cultural OR gender OR sexual) AND diversity AND (“quality of life” OR “well being” OR “well-being” OR care) AND (“elderly people” OR “nursing homes” OR elder OR “old people”) AND “intersectionality”.

Se obtuvieron un total de 598 artículos. Se introdujeron los filtros: idioma español e inglés, disponibilidad completa y abierto y fecha de publicación entre 2013 y 2023. Se utilizaron los siguientes “topics Meso”: 6.178 (Gender & Sexuality), 1.14 (Nursing), 6.73 (Social Psychology), 1.155

(Medical Ethics), 6.86 (Human Geography), 1.66 (Hiv), 6.256 (Religion) 6.24 (Psychiatry & Psychology). Se obtuvieron un total de 45 artículos para la lectura del título y el resumen.

- SCOPUS

Se realizó la búsqueda dentro de “Article title, abstract, keywords” con la siguiente combinación:

TITLE-ABS-KEY ((religious OR spiritual OR cultural OR gender OR sexual) AND diversity AND (“quality of life” OR “well being” OR well-being” OR care) AND “elderly people” OR “nursing homes” OR elder OR “old people” AND “intersectionality”

Se obtuvieron un total de 266 artículos. Se introdujeron los filtros: idioma español e inglés; fecha de publicación entre 2019 y 2023; disponibilidad del documento abierto completo libre; tipo de documento: artículo; en área temática se filtraron los documentos en relación con la Medicina, la Enfermería, Ciencias Sociales, Artes y Humanidades y Multidisciplinar, descartando las áreas de Agricultura y Ciencias Biológicas, Ciencias Ambientales y Neurociencia. Se obtuvieron un total de 22 artículos, seleccionados para la lectura del título y el resumen.

- PUBMED

Se realizó la búsqueda dentro de “Title/abstract” con la siguiente combinación:

(religious OR spiritual OR cultural OR gender OR sexual) AND diversity AND (“quality of life” OR “well being”[Mesh] OR “well-being” OR care) AND (“elderly people” OR “nursing homes” [Mesh] OR elder OR “old people”)

Se obtuvieron un total de 377 resultados. Tras introducir todos los criterios de elegibilidad: fecha de publicación de 2019 a 2023, disponibilidad del texto abierto completo, lenguaje español o inglés, se obtuvieron un total de 9 estudios para la lectura del título y el resumen.

- COCHRANE LIBRARY:

El resultado de la combinación de búsqueda en el apartado “Título, resumen, palabra clave” fue:

(religious OR spiritual OR cultural OR gender OR sexual) AND diversity AND (“quality of life” OR “well being” OR “well-being” OR care) AND (“elderly people” OR “nursing homes” OR elder OR “old people”) AND “intersectionality”

La búsqueda se realizó en el apartado de ensayos. Se obtuvieron un total de 126 ensayos. Tras introducir los filtros: Idioma inglés; fecha de publicación: entre 2019 y 2023, se obtuvieron un total de 64 artículos para la lectura del título y el resumen.

- SCIELO

Se realizó la búsqueda dentro de “Topic” con la siguiente combinación:

(religious OR spiritual OR cultural OR gender OR sexual) AND diversity AND (“quality of life” OR “well being” OR “well-being” OR care) AND (“elderly people” OR “nursing homes” OR elder OR “old people”) AND “intersectionality”

Se obtuvieron un total de 18 resultados. Tras introducir todos los criterios de elegibilidad: fecha de publicación de 2019 a 2023, disponibilidad del texto abierto completo, lenguaje español o inglés, se obtuvieron un total de 7 estudios para la lectura del título y el resumen.

V. AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE ILUSTRACIÓN



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE ILUSTRACIÓN

Yo JOANNA ROSADO con número de pasaporte EW4547149 (En adelante, el "Cedente"), en calidad de titular de los derechos de propiedad intelectual sobre las imágenes que se detallan a continuación, autorizo expresamente a Javier Mesas Fernández, con DNI 46947052-G (En adelante, el "Cesionario"), a utilizar dicha imagen/ilustración con los fines y condiciones que se establecen en el presente documento.

1. DESCRIPCIÓN DE LAS IMÁGENES

- 1.1. Las imágenes que se autorizan son la ilustración en blanco, negro y azul de una persona mayor.
- 1.2. Ilustración:



2. FINES DE LA AUTORIZACIÓN

- 2.1. La presente autorización tiene como finalidad permitir al Cesionario utilizar la imagen mencionada anteriormente como parte de su portada y presentación de su Tesis Doctoral. Denominada "Actitudes hacia la diversidad y nuevas estrategias de gestión en los Centros Gerontológicos del siglo XXI", perteneciente al programa de doctorado de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

3. CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

- 3.1. El Cesionario se compromete a utilizar la ilustración única y exclusivamente para los fines establecidos en el presente documento.
- 3.2. El Cesionario se compromete a no ceder, transmitir ni sublicenciar las imágenes a terceros sin previa autorización por escrito del Cedente.
- 3.3. Se recibe la cesión sin ánimo de lucro, para su explotación en el entorno docente e investigador, el autor/ la autora renuncia a cualquier posible remuneración por los derechos de autor cedidos.
- 3.4. El Cesionario se compromete a respetar los derechos de propiedad intelectual del Cedente sobre las imágenes autorizadas.
- 3.5. En todo caso, la titularidad de los derechos morales y explotación de propiedad intelectual sobre la obra pertenece y seguirá perteneciendo al Autor.



En señal de conformidad con lo establecido en el presente documento, el Cedente firma la presente autorización en el lugar y fecha indicados a continuación:

60102, Poland

(Lugar)

6.03.2024

(Fecha)

Firma:

Juanne Roselo

PESEL: 80042716941

(Número de identificación)

Cesionario:

SEVILLA

(Lugar)

6 DE MARZO DE 2024

(Fecha)

Firma:

DNI 46947052-G

(Número de identificación)



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI



AGAUR



mimara



DOCTORATS
INDUSTRIALS