

# 3

## Interseccionalidad e intervención social

## Capítulo 6

### Desmitificando el edadismo: Reflexiones para la intervención social gerontológica

Casal-Sánchez, L.<sup>1</sup>, Lorena Patricia Gallardo-Peralta<sup>2</sup>, Sonia García-Aguña<sup>3</sup>, Pablo de Gea Grela<sup>4</sup>, Daniel Fernández-Roses<sup>5</sup>, Rubén Yusta-Tirado<sup>6</sup> y Óscar Fernández-Ballbé<sup>7</sup>.

<sup>1</sup>Investigadora predoctoral, Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>2</sup>Profesora Titular, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>3</sup>Investigadora y docente predoctoral, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>4</sup>Investigador y docente predoctoral, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>5</sup>Investigador predoctoral, Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid.

<sup>6</sup>Profesor Ayudante Doctor, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas.

<sup>7</sup>Personal Docente e Investigador. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Alfonso X el Sabio.

### Agradecimientos

Proyecto Innova Docencia Nº 247, Vicerrectorado de Calidad, Universidad Complutense de Madrid: “Metodologías activas de aprendizaje para combatir el edadismo: Aplicación del PEACE (*Positive Education about Aging and Contact Experiences*) en el grado de Trabajo Social”.

### Introducción

A lo largo de las últimas décadas se ha producido un envejecimiento generalizado y acelerado de la población mundial sin precedentes (OMS, 2015). En España, se espera que el 25% de la población sea mayor de 65 años en el año 2035 (INE, 2022), y en la Unión Europea se espera un incremento de la edad media en 45 años para el año 2025 (Pérez et al., 2022).

Estos cambios vienen acompañados de un incremento de la multimorbilidad y de la discapacidad (Conde-Ruiz y González, 2021), lo que implica una serie de oportunidades y desafíos entre los que destacan las políticas sociales y de salud que promuevan el envejecimiento activo y faciliten el mantenimiento de una buena salud y calidad de vida en personas mayores (OMS, 2002). Para ello, es esencial que se reconozca a este grupo poblacional como digno y se ponga énfasis en su experiencia, conocimientos y habilidades para contribuir en las dimensiones económica, laboral y social (Fenton y Draper 2014; PNUD, HelpAgeInternational y AARP, 2017), las actitudes negativas hacia este grupo son comunes y rara vez se cuestionan (OMS, 2021).

No obstante, estos objetivos encuentran una de sus principales barreras en el edadismo. Este término hace referencia a actitudes conformadas por pensamientos, emociones y comportamientos específicos sobre los/as demás o hacia uno/a mismo/a en función de la edad (OMS, 2021). Más concretamente, las actitudes edadistas mantienen la estructura tripartita del modelo propuesto por Rosenberg et al. (1960), en el que se distinguen componentes cognitivos, emocionales y conductuales, y que pueden ser positivos o negativos. El componente cognitivo, o estereotipos, consiste en creencias relativamente estables sobre características de las personas mayores. El componente afectivo, o prejuicios, incluiría emociones asociadas. En el componente conductual, o discriminación, se articulan aquellos comportamientos dependientes de la edad. Asimismo, el edadismo afecta a todos los rangos de edad, pero su impacto es más pronunciado en el caso de las personas mayores (Ayalon, 2014; Officer y Fuente-Núñez, 2018). Este efecto puede ser institucional (como leyes, normas sociales y políticas institucionales que restringen las oportunidades en función de la edad), interpersonal (en las interacciones entre dos o más personas) o autoinfligido (cuando el edadismo se internaliza y se vuelve contra uno mismo) (OMS, 2021).

Según la propuesta de Fiske et al. (2002), el contenido actitudinal se clasifica según las dimensiones de competencia y calidez. La evidencia empírica señala que los contenidos sobre este grupo de edad son predominantemente negativos (Bai, 2014), con contenidos relacionados con elevada calidez (por ejemplo, amabilidad o sinceridad), pero con una baja percepción de competencia (por ejemplo, ser olvidadizo/a), lo que desemboca en comportamientos paternalistas fundamentados en la pena (Cuddy et al., 2005). Igualmente, existe evidencia de una tendencia a que estas actitudes están incrementando su negatividad a lo largo de los años (Ng et al., 2015). Esto hace que la comprensión sobre cómo se generan y mantienen las actitudes edadistas sea esencial, dado su papel central en su modificación. Sobre todo, porque las actitudes adquiridas se convierten en autorrelevantes y comienzan a tener un foco autodirigido, afectando a la salud a través de vías psicológicas, conductuales y fisiológicas (Levy, 2009).

El edadismo tiene consecuencias negativas sobre la población mayor, evidenciando un efecto detractor sobre la promoción del envejecimiento activo (Swift et al., 2017), la calidad de vida (Velaithan et al., 2023), la salud mental (Shippee et al., 2019), las relaciones sociales (Walsh et al., 2016), la salud física (Ober, 2016) e incluso la esperanza de vida (Levy et al., 2002). Consecuentemente, es comprensible el creciente interés en su reducción en todos los grupos poblacionales. De hecho, se ha señalado al edadismo como un problema de salud pública que debe ser abordado a través de medidas educativas y de contacto intergeneracional (OMS, 2002).

Por tanto, el edadismo constituye un desafío crucial para disciplinas como el Trabajo Social, dado que perpetúa desigualdades y limita el acceso a derechos fundamentales de las personas mayores. Desde el Trabajo Social, es esencial abordar las actitudes edadistas, tanto individuales como estructurales, mediante enfoques integradores que promuevan el empoderamiento, la participación activa y la justicia social. Asimismo, la disciplina tiene un papel central en la sensibilización comunitaria y en el diseño de políticas y programas que fomenten un envejecimiento activo y digno. En este contexto, combatir el edadismo no solo mejora la calidad de vida de las personas mayores, sino que fortalece la cohesión social y contribuye a una sociedad más inclusiva e igualitaria.

Sin embargo, las prácticas edadistas no son ajenas a las propias profesiones sociales, en las que se incluye el Trabajo Social (Chonody, 2015). Como señala la investigación de Baik y Davitt (2022), la postura de esta disciplina frente al edadismo es aún mixta, lo que evidencia la necesidad de estrategias formativas para reducir estas discriminaciones. Esto, incluye no solo la incorporación de contenidos específicos sobre edadismo y gerontología en la formación universitaria, sino también la promoción de métodos educativos que fomenten la reflexión crítica, el contacto intergeneracional y el aprendizaje experiencial. Dichas estrategias son fundamentales para garantizar que los/as profesionales sociales estén preparados/as para identificar y combatir las dinámicas edadistas, desarrollando intervenciones que promuevan la equidad y la dignidad en el trato hacia las personas mayores.

Si bien, esta misma situación se produce en España, donde las asignaturas que abordan el edadismo y la gerontología en los planes de estudio del grado de Trabajo Social suelen ocupar un segundo plano. Existe un claro predominio de estas temáticas en las asignaturas optativas, lo que limita su alcance formativo y reduce la posibilidad de que los/as futuros/as profesionales desarrollen competencias específicas para trabajar de manera efectiva con personas mayores y combatir el edadismo en sus prácticas (Yusta et al., 2024). Esta casuística representa un desafío importante que debe ser abordado, ya que fortalecer esta formación es esencial para garantizar una atención integral y libre de prejuicios hacia este colectivo, permitiendo al Trabajo Social desempeñar un rol transformador en la construcción de una sociedad más inclusiva y libre de discriminación por edad.

Con todo, en el presente informe se abordan algunos de los mitos más persistentes y problemáticos relacionados con el edadismo, como la invisibilidad de la diversidad y la heteronormatividad en las intervenciones, las creencias que asocian inevitablemente los síndromes geriátricos, la discapacidad y la pérdida de autonomía con el envejecimiento, el mito de que la accesibilidad actual es suficiente, o la idea errónea de que las personas mayores migrantes no enfrentan barreras añadidas en la integración en sus comunidades. Todos ellos invisibilizan el riesgo añadido de sufrir edadismo debido a factores como la discriminación múltiple y la falta de recursos específicos, por lo que su abordaje resulta clave para promover una práctica profesional inclusiva.

## 1. Algunos mitos edadistas sobre las personas mayores

### *Mito 1. Las intervenciones sociales no requieren ni considerar ni cuestionar la heteronormatividad en las personas mayores*

La diversidad de género abarca una amplia gama de identidades y experiencias. Dentro de este espectro, el estudio del edadismo y la interseccionalidad ofrece una comprensión rica y matizada de cómo las identidades LGBTIQ+ se ven afectadas por diversas formas de opresión y privilegio, dado que existen múltiples identidades y sistemas de opresión interactúan. Este análisis combinado facilita herramientas cruciales para examinar las experiencias de las personas mayores LGBTIQ+ (Crenshaw, 2013; Fredriksen-Goldsen, 2011b).

El edadismo en esta comunidad puede manifestarse de varias maneras, desde la invisibilidad y el aislamiento social en su día a día, hasta la falta de servicios de apoyo y la discriminación en la atención sanitaria (Butler, 2019; Meyer, 2015). Las personas mayores del colectivo a menudo se encuentran en una encrucijada de políticas que no abordan completamente su interseccionalidad de identidades, lo que crea una brecha significativa en la protección y el apoyo. Esto se agrava con la falta de legislación específica para la comunidad de mayores LGBTIQ+ (Fredriksen-Goldsen et al., 2014b), ya que puede llevar a situaciones de abuso, negligencia y discriminación, especialmente en entornos institucionales (Almack et al., 2010).

Por tanto, la interseccionalidad es clave para reconocer que los factores biopsicosociales no operan de manera aislada (Bowleg, 2012), y plantea que es esencial desarrollar políticas, programas y prácticas inclusivas y efectivas que respondan a las necesidades específicas de las personas mayores LGBTIQ+ (Kia et al., 2020). Igualmente, desafía a las profesionales del trabajo social y a los activistas a reflexionar sobre sus propias posiciones dentro de estas estructuras de poder, y a trabajar hacia dismantelar las opresiones entrelazadas (Dhamoon y Hankivsky, 2011).

Desde una perspectiva *queer* y de estudios LGBTIQ+, la interseccionalidad invita a cuestionar y deconstruir las categorías normativas y las jerarquías sociales que perpetúan la exclusión y la discriminación (Warner y Brown, 2011). En particular, cuando se aborda el tema del edadismo, la interseccionalidad permite revelar las múltiples capas de marginalidad que enfrentan las personas mayores dentro de esta comunidad (Kimmel, 2014). Éstas no solo enfrentan el estigma asociado a la edad, sino que también deben lidiar con la homofobia, la bifobia, la transfobia, el racismo, la misoginia o el propio capacitismo, y otras formas de opresión que se intersecan y agravan su vulnerabilidad (Fredriksen-Goldsen, 2011b).

Por tanto, la situación actual del edadismo dentro de la comunidad LGBTIQ+ es multifacética, caracterizada por la invisibilidad sistémica, el aislamiento social, la falta de servicios de apoyo adecuados y la discriminación en diversos contextos, destacando las residencias para mayores y la atención sanitaria (Nhamo-Murire y Macleod, 2018).

Respecto a las residencias para mayores, la discriminación y la violencia son preocupaciones persistentes. Las políticas y prácticas institucionales a menudo no reconocen la existencia de residentes LGBTIQ+, lo que obliga a estas personas a ocultar su orientación o identidad para evitar la discriminación (Addis et al., 2009). Este ambiente hostil puede dar lugar a formas de violencia y discriminación, tanto por parte del personal como de otros residentes, que incluyen microagresiones, comentarios despectivos y actos de violencia física y psicológica (King, 2016).

En cuanto a la discriminación en la atención sanitaria, las personas mayores LGBTIQ+ a menudo enfrentan barreras para acceder a servicios de salud que sean competentes y sensibles a sus necesidades específicas. La falta de capacitación y conciencia entre los profesionales de la salud sobre las realidades y necesidades de las personas mayores del colectivo puede resultar en experiencias de atención negativas, que varían desde la ignorancia hasta la discriminación abierta (Fredriksen-Goldsen et al., 2011b), lo que disuade a muchas personas mayores LGBTIQ+ de buscar la atención y el apoyo que necesitan (Ruud, 2018).

Para superar la invisibilidad y la heteronormatividad en las intervenciones, Trabajo Social debe integrar enfoques interseccionales y LGBTIQ+ afirmativos en su labor cotidiana. Esto implica capacitar al personal para reconocer y respetar la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género, generar espacios seguros y de apoyo en residencias y servicios comunitarios, y revisar protocolos que reduzcan actitudes edadistas, homófobas o transfobas. Asimismo, resulta clave establecer políticas claras de inclusión, diseñar materiales formativos culturalmente sensibles, fomentar la participación de personas mayores LGBTIQ+ en la toma de decisiones que afectan su cuidado, y fortalecer redes de colaboración con organizaciones especializadas. De este modo, las prácticas profesionales podrán abordar las múltiples formas de discriminación que convergen en estas experiencias, favoreciendo entornos más justos, dignos y respetuosos.

### *Mito 2. Los procesos de envejecimiento siempre comportan la aparición de síndromes geriátricos*

Desde los orígenes del estudio del desarrollo humano cada cultura ha tratado de buscar su propio significado de los procesos de envejecimiento, asumiendo como ciertas algunas premisas generalizadas que han provocado interpretaciones erróneas y un rechazo a envejecer y a sus consecuencias (Alvarado y Salazar, 2014). Como resultado, surgen los mitos y estereotipos (Levy, 2003) que actualmente toman forma en actitudes edadistas. Estas actitudes tienen un componente interseccional que encaja con las teorías de Collins (2015), al tener una incidencia individual y estructural y, sobre todo, al generar grandes diferencias en el tratamiento, prevención y, en definitiva, abordaje de los aspectos asociados a esta etapa vital en cuestiones tan relevantes como la salud (Arias-Uribe et al., 2023). Es completamente indispensable contar con conocimientos actualizados sobre envejecimiento que combinen un enfoque de dignidad de la persona con una visión actualizada de la salud.

Respecto a la salud, se ha demostrado que los edadismos tienen una incidencia directa sobre el bienestar de la persona. Un estudio desarrollado por Levy et al. (2012), demostró que las personas mayores que poseían unos estereotipos positivos relacionados con el envejecimiento presentaban un 44% más de probabilidad de recuperarse de una discapacidad grave en comparación con las personas que tenían estereotipos negativos respecto a esta fase vital. Partiendo de esta premisa, se entiende que los edadismos y, en definitiva, la interseccionalidad, tiene una incidencia directa sobre la salud, afectando a la recuperación de las personas en situaciones de discapacidad y, por tanto, favoreciendo una mayor predisposición a sufrir síndromes geriátricos (Chang et al., 2020).

Los síndromes geriátricos son aquellos cuadros sufridos en la fase de envejecimiento de las personas, de origen multifactorial, que ocurren cuando los efectos acumulados de deficiencias

en múltiples sistemas hacen que una persona mayor sea más vulnerable (Tinetti et al., 1995), originando en muchos casos incapacidad funcional y/o social (Gómez, 2005). Estos síndromes afectan de forma significativa la salud y la vida de las personas mayores. Aunque en sus inicios eran bastante amplios, actualmente en Gerontología destacan los que conocemos como «los cuatro gigantes de la geriatría», entre los que se encuentra la inmovilidad, la inestabilidad y las caídas, la incontinencia, tanto urinaria como fecal, y el deterioro cognitivo (Kane et al., 2009).

En este sentido, son muchos los edadismos asociados a los diferentes procesos que suceden en la fase del envejecimiento que, de no ser identificados y erradicados, tienen una incidencia directa tanto en el desarrollo vital de la persona como en su salud. Por ello, su abordaje se ha incluido en uno de los seminarios obligatorios.

Uno de estos ejemplos es la infantilización, normalizado en cierta medida cuando se habla de deterioro cognitivo (Torrecilla, 2023). La infantilización, sobre todo a través del lenguaje, da por supuesto que las personas mayores tienen menor capacidad, aumentando la probabilidad de que otras personas las consideren poco competentes y las traten con falta de respeto o de forma poco adecuada (Balsis y Carpenter, 2006; Williams et al., 2009). Las consecuencias de este estilo de comunicación, generan ausencia de una comunicación significativa, deteriora las conexiones sociales, decrece el estímulo cognitivo de la persona mayor y, en definitiva, se potencia la exclusión social y la segregación (Torrecilla, 2023).

Otro de los principales edadismos del plano institucional, está relacionado con las diferencias en los procesos terapéuticos que se aplican en función del rango de edad del paciente. El desconocimiento de las características individuales de las personas mayores, la falta de formación clínica en Gerontología, o la ausencia de investigación sobre los principales síndromes geriátricos, genera situaciones tales como la prescripción médica inadecuada, la polifarmacia o la falta de cumplimiento terapéutico (Fialova y Onder, 2009; Fialoma et al., 2005; Petrovic et al., 2016). Todo ello, genera situaciones de riesgo para la salud de las personas mayores, como reacciones adversas a la medicación, reducción de la capacidad intrínseca, o mayor frecuencia de síndromes geriátricos, entre los que destacan las caídas (Fialova et al., 2018; Qato et al., 2016).

Otro ejemplo incluido tiene que ver con las ocasiones en las que las personas mayores que se ven afectadas por síndromes geriátricos son sobreprotegidas, situaciones que, al contrario de lo que puede parecer por su definición, generan una mayor desprotección. Habitualmente estas técnicas se asocian con el uso de sujeciones físicas, las cuales actúan negativamente a nivel psicológico para estas personas (Sánchez-Prieto et al., 2020), y se ha demostrado que no inciden en el número de caídas o de lesiones sufridas, mientras que sí tienen una incidencia en el aumento de las caídas de las personas con deterioro cognitivo (Fernández et al., 2020).

También, y aunque en los últimos años se ha vivido un avance en materia de protección de la autonomía y la autodeterminación de las personas mayores, en la intervención gerontológica es habitual que muchos de los aspectos relevantes se traten de forma directa con la familia o el entorno de la persona. En este sentido, debe apostarse por identificar al grupo familiar como acompañante del proceso terapéutico, en el que la persona mayor sea quien tome sus propias decisiones con independencia. En los procesos en los que la persona no conserve sus capacidades cognitivas, la representación de su entorno sociofamiliar deberá realizarse



mediante un proceso empático que represente la voluntad y el mayor beneficio para la persona (Martínez, 2013).

Por último, la “carga” económica del envejecimiento ha recibido una atención sustancial en las últimas décadas. La atención de las necesidades derivadas de los síndromes geriátricos tiene un coste para la sociedad que, indivisiblemente, se asocia al colectivo de las personas mayores. En la Unión Europea, el gasto asociado a los procesos de envejecimiento se asocia con el 10,9% del Producto Interior Bruto (Montserrat-Codorniu, 2006). Estas partidas presupuestarias son en muchas ocasiones percibidas como un gasto o un problema a abordar, generando que las personas mayores de 60 años sean vistas como una carga económica, dejando en segundo plano su aportación socioeconómica a las sociedades (World Economic Forum, 2020).

Desde el Trabajo Social, se debe trabajar desde una perspectiva integradora, en el que todos los avances en materia de promoción de la autonomía y la autodeterminación, los cuales se encuentran presentes en otros ámbitos de intervención, se hagan extensibles a las personas afectadas por diferentes síndromes geriátricos. A día de hoy, son numerosas las normativas que van recogiendo estos principios, en cambio su aplicación se complica cuando se dirigen a personas con discapacidad o dependencia o no se conservan las facultades cognitivas. Es, por tanto, fundamental tener presentes los principios de dignidad, igualdad y libertad implícitos en el Código Deontológico, y hacerlos extensibles a todas las personas que conforman el heterogéneo grupo de personas mayores.

### *Mito 3. La accesibilidad actual es suficiente*

El edadismo que afecta a las personas mayores se manifiesta en diversos entornos, incluyendo los urbanos, rurales y residenciales, y tiene repercusiones significativas en la calidad de vida de las personas afectadas. Por ello, comprender los factores físico-sociales del entorno y su influencia en conductas edadistas es esencial, más aún cuando el envejecimiento en el lugar es el modelo de envejecimiento a alcanzar por la mayor parte de la población mayor (Buffel y Phillipson, 2023; Sánchez, 2015; Wahl y Lang, 2004).

El edadismo en entornos urbanos se manifiesta, principalmente, a través de la falta de infraestructuras y servicios accesibles para las personas mayores. Las ciudades suelen estar diseñadas sin considerar sus necesidades, presentando barreras físicas (aceras en mal estado, falta de rampas, transporte público inadaptado, parques o zonas recreativas no adaptadas, etc.) que favorecen a las personas jóvenes y a la población económicamente activa (Buffel et al., 2012; OMS, 2021). Esto limita la movilidad, independencia y calidad de vida de las personas mayores.

También se refleja en la exclusión social de este grupo etario a través de barreras sociales, pudiendo sentirse marginados de actividades comunitarias y recreativas por la falta de espacios amigables que tengan en consideración sus necesidades físicas, o de programas inclusivos (Ayalon y Tesch-Römer, 2018). Esto contribuye al aislamiento social y disminuye el bienestar emocional y psicológico.

Las áreas rurales, por su parte, presentan desafíos idiosincrásicos como la dispersión geográfica y la falta de servicios básicos, aspectos que pueden devenir en aislamiento geográfico, un



problema grave en estas áreas. La considerable distancia entre los hogares y los servicios esenciales, como centros de salud, centros bancarios o tiendas de comestibles, dificulta el acceso de las personas mayores a estos recursos (Burholt y Dobbs, 2012). Además, la falta de transporte público agrava esta situación, provocando dependencia hacia familiares o vecinos (Keating y Phillips, 2008; Lin y Cui, 2021).

Además, las redes de apoyo en comunidades rurales son cruciales para la calidad de vida de las personas mayores (Hussain et al., 2023). Sin embargo, la migración de las personas jóvenes a las ciudades ha debilitado estas redes, privándoles de un apoyo necesario (Keating y Phillips, 2008), aumentando la vulnerabilidad de las personas mayores y su invisibilidad social (Hussain et al., 2023).

Respecto a los entornos institucionalizados, como los centros residenciales y de cuidado a largo plazo, puede darse un trato paternalista y una falta de respeto por la autonomía de los residentes a través de la sustitución en su toma de decisiones (Sánchez-Izquierdo et al., 2019). Esto reduce la autonomía y dignidad de las personas mayores, llevándolas a una dependencia innecesaria (Coulourides et al., 2016). Otro ejemplo común es la imposición de horarios y actividades sin considerar sus preferencias y autonomía (Kane et al., 2007; Moilanen et al., 2021), aun sabiendo que las políticas y prácticas que no promueven la participación activa afectan negativamente su bienestar psicológico y emocional (Musashi et al., 2023).

Por tanto, el Trabajo Social debe intervenir activamente para crear entornos inclusivos que promuevan el bienestar y los derechos de las personas mayores. En entornos urbanos, el personal profesional debe abogar por la mejora de la accesibilidad de infraestructuras y servicios, y fomentar programas comunitarios que reduzcan el aislamiento social, promoviendo la participación activa de las personas mayores. En áreas rurales, es fundamental fortalecer las redes de apoyo comunitario y buscar soluciones innovadoras para facilitar el acceso a servicios esenciales, como transporte o atención médica y social, y mitigar el aislamiento geográfico. En instituciones residenciales, se debe garantizar el respeto por la autonomía de las personas residentes, promoviendo su participación en la toma de decisiones y diseñando actividades que se adapten a sus preferencias. Además, es importante trabajar para reemplazar las prácticas paternalistas por enfoques que respeten la dignidad y los derechos de las personas mayores.

#### *Mito 4. Las personas mayores migrantes no enfrentan barreras añadidas en la integración en sus nuevas comunidades*

En Europa, la población de personas mayores migrantes ha crecido significativamente en las últimas décadas debido al envejecimiento de las trabajadoras migrantes, las políticas de reunificación, el aumento de la movilidad de las personas mayores y el cambio demográfico de las personas que viven más tiempo (Dolberg et al., 2018; Torres y Lawrence, 2012). Sin embargo, a pesar de este incremento, la investigación y las políticas sobre envejecimiento con frecuencia han pasado por alto las desigualdades generalizadas que afectan a las personas mayores, en particular, aquellas que impactan en las personas migrantes.

Las personas mayores migrantes están potencialmente expuestos a un doble riesgo de sufrir prácticas edadistas en forma de marginación y exclusión social, debido a su doble condición de

migrante y de adulto mayor (Torres y Lawrence, 2012). Sin embargo, es necesario que, a la hora de abordar el edadismo hacia personas mayores migrantes, se tenga en cuenta que el hecho de ser adulto mayor y ser migrante no es por sí sólo un criterio único para definir como vulnerables a este grupo de personas (Bozzaro et al., 2018). Esta categorización en sí misma supone una discriminación y estereotipación por edad, ya que obvia que las percepciones y experiencias del envejecimiento en las personas mayores migrantes están vinculadas a vulnerabilidades interseccionales que son consecuencia de desigualdades estructurales y sistémicas a las que se enfrentan a lo largo de su vida (KC et al., 2023).

En este sentido, diversas investigaciones concluyen que los adultos mayores migrantes que envejecen en los países de acogida suelen tener mayor riesgo de encontrarse en situaciones de pobreza, sufrir aislamiento social, y tener un peor estado de salud que las poblaciones locales. Además, suelen tener un acceso más limitado a las prestaciones y servicios por ser un grupo ignorado en las políticas generales de envejecimiento y migración (Dolberg et al., 2018). Como consecuencia, el edadismo debe abordarse desde una perspectiva interseccional que contemple las complejas situaciones vitales que experimentan, y el rol que juegan los servicios de protección social en la reducción y reproducción de prácticas edadistas (Virokannas et al. 2020).

Asimismo, debe tenerse en cuenta que las prácticas edadistas hacia las personas mayores migrantes, al igual que ocurre con otros grupos de adultos mayores, se pueden identificar a nivel macro, (institucional y cultural), meso (redes sociales) y a nivel micro (individual) (Iversen et al., 2009).

A nivel macro, las personas mayores migrantes no son incluidas en la formulación de políticas sociales a nivel nacional e internacional, ni en el diseño de políticas migratorias o en la formulación de normativas de cuidado y envejecimiento (Tong et al., 2022). Del mismo modo, su representación en los medios de comunicación suele ser escasa y, en caso de aparecer, no se tiende a mostrar una imagen positiva. Igualmente, si se presta atención a los sistemas económicos, suele existir una situación de desequilibrio entre los países de acogida y los países de origen. Esto supone en muchos casos un desequilibrio de poder que afecta las condiciones estructurales de vulnerabilidad en los adultos mayores migrantes (KC et al., 2023).

Estudios como el de Eliassi (2017) en Finlandia o el de Verhagen et al. (2013) en Países Bajos cuestionan los principios de igualdad y universalidad en los que se basan la mayoría de los sistemas de bienestar en los países europeos occidentales. Critican la neutralidad y la equidad de estos principios, ya que para muchas personas mayores migrantes el acceso a los recursos y servicios de los sistemas de protección social no es fácil y conlleva muchas situaciones de abordaje negligente de sus necesidades (Verhagen et al., 2013). También, el quién tiene derecho y quién se merece ser beneficiario de servicios y recursos se puede basar en criterios excluyentes de índole racista y etnonacionalista, así como en concebirles como personas abusadoras y no dignas del sistema (KC et al., 2023). Estas circunstancias caracterizan y problematizan a las personas mayores migrantes como generadores de problemas sociales que fomentan el mantenimiento y reproducción de identidades jerárquicas y de prácticas excluyentes (Eliassi, 2015).

A nivel meso, las prácticas edadistas pueden encontrarse relacionadas al acceso a redes comunitarias y familiares, y en la importancia del sentido de pertenencia a un grupo racial y/o

étnico, todos ellos elementos que configuran la forma de vida de una persona y que suponen mecanismos de defensa y resiliencia en los adultos mayores migrantes (Ciobanu et al., 2017). Tal y como recogen Kristiansen et al., (2016) o Leinonen y Toivanen (2014), para muchos adultos mayores migrantes la pertenencia a la sociedad de acogida es un reto en sus interacciones cotidianas. Esto puede ser debido a que muchas veces perciben que sus tradiciones culturales no son respetadas y se ven obligadas a integrar valores de la cultura mayoritaria del país receptor (Kristiansen et al., 2016). Las relaciones con sus raíces culturales son a menudo su fortaleza emocional y psicológica, su seguridad y protección, en las que apoyarse mientras suceden muchos de los cambios en sus vidas. Si la comunidad de acogida no entiende o respeta el mantenimiento de este sistema de raíces, se pueden generar situaciones de riesgo de exclusión social percibidos como una discriminación y violación de sus derechos humanos, al no reconocer la importancia de la diversidad (“World Forum of Non-Governmental Organization on Ageing: Final Declaration and Recommendations”, 2002).

A nivel micro, las actitudes edadistas se identifican en factores individuales específicos, como la trayectoria migratoria única de la persona, su situación educativa y económica, su salud y actividad, su alfabetización tecnológica y su competencia lingüística. Estos factores pueden actuar como barreras para un entorno activo y saludable (Goettler, 2021) e impactar en la vulnerabilidad y resiliencia de las personas mayores migrantes (Ciobanu et al. 2017; Bolzman y Kaeser, 2012).

Autores como Goettler (2021) o Nazroo (2006) abordan la relación entre los riesgos sanitarios y los procesos migratorios. Estos autores señalan que las personas mayores migrantes suelen mostrar peores resultados de salud y una aparición más temprana de enfermedades relacionadas con la edad que los adultos mayores no migrantes o de la población mayoritaria. Bolzman y Kaeser (2012) argumentan que estos riesgos mayores para la salud son causados por posiciones socioeconómicas desventajosas, barreras lingüísticas, bajos conocimientos sobre salud, vulnerabilidad psicológica y situaciones discriminatorias. Por ello, se hace necesario proporcionar bases sociales sólidas que generen oportunidades de participación e integración, a la vez que se garantiza el derecho de las personas mayores migrantes a envejecer de la forma que deseen (Goettler, 2021).

Desde una perspectiva del Trabajo Social, el aumento de personas mayores migrantes junto con la implementación de servicios con acceso desigual y la falta de comprensión culturalmente sensible, supone un reto para la profesión que requiere ir más allá del establecimiento de simples medidas de activación. La lucha contra prácticas edadistas requiere de un marco de derechos más inclusivo y holístico, basado en los principios de justicia social, dignidad, diversidad y sostenibilidad de la profesión. Un enfoque interseccional que incluya políticas transversales para guiar un proceso de cambio hacia servicios orientados a la persona, y que contemplen las diferencias y las integre para facilitar una atmósfera de integración como un activo para todos en lugar de la segregación (Verhagen et al., 2013).

## 2. Conclusiones

La situación analizada a lo largo de este informe presenta un desafío que no se puede ignorar; el envejecimiento acelerado de la población está cambiando el perfil de las comunidades y plantea tensiones entre el reconocimiento del valor de las personas mayores y la persistencia de actitudes que las devalúan. En este sentido, el edadismo se muestra como una de las principales barreras para envejecer dignamente, mantener una verdadera autonomía y preservar el derecho a decidir sobre el curso de la propia vida.

Consecuentemente, el edadismo debe considerarse como una auténtica problemática en sociedades actuales. Debe considerarse que estas actitudes negativas no se acotan a un solo ámbito, sino que se filtran en las relaciones cotidianas, en las instituciones sanitarias, en las políticas sociales y en las dinámicas del mercado laboral. Esta discriminación no actúa por sí sola, sino que convive, se enreda y se intensifica con otras formas de opresión (ej. la homofobia, el racismo, el sexismo o el capacitismo) y crea realidades aún más complejas para quienes habitan múltiples identidades en la vejez.

En este contexto, el Trabajo Social tiene un papel irremplazable. Su enfoque de derechos, su mirada integral y su compromiso con la justicia social lo convierten en un agente clave para identificar y dismantelar las prácticas edadistas. Al incorporar la perspectiva interseccional, los/as profesionales no solo pueden visibilizar las diferencias y las necesidades específicas, sino también reconocer y valorar las vivencias que convierten a cada persona mayor en un individuo único, con su propia voz e historia.

De este modo, el reto no consiste únicamente en ofrecer más y mejores servicios —que sin duda son necesarios—, sino en revisar las narrativas que los sustentan, las políticas que los enmarcan y las formaciones profesionales que los orientan. La meta es fomentar ambientes accesibles, respetuosos y verdaderamente inclusivos, que no se limiten a eliminar barreras físicas, sino que aborden las actitudes que refuerzan la exclusión. Asegurar una buena calidad de vida en la vejez implica apostar por la participación de las personas mayores en la toma de decisiones que afectan sus propias vidas, respetando así su autonomía y sus derechos.

Alcanzar este objetivo ineludible exige sensibilidad, escucha atenta y, sobre todo, formación crítica. Formar en gerontología social con enfoques actualizados y culturalmente diversos, implementar estrategias de promoción de la autonomía, y trabajar codo a codo con las comunidades, son solo algunas de las líneas de acción que marcarán la diferencia. De este modo, se contribuirá tanto a la construcción de una sociedad más justa para las personas mayores como a sentar las bases de un entorno inclusivo y digno para todas las generaciones.

En definitiva, la transformación que se requiere es profunda y va más allá de corregir detalles aislados; se trata de un cambio de paradigma. El Trabajo Social, con su compromiso ético y su vocación de defensa de los derechos humanos, tiene las herramientas teórico-conceptuales y prácticas para abanderar este cambio y liderar la lucha contra el edadismo. Esta transformación redundará en el bienestar de toda la sociedad, ya que todos/as, en algún momento, desearemos envejecer con dignidad, autonomía y reconocimiento.

### 3. Referencias

- Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S., y Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: A review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 17(6), 647-658. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00866.x>
- Almack, K., Seymour, J., y Bellamy, G. (2010). Exploring the impact of sexual orientation on experiences and concerns about end-of-life care and on bereavement for lesbian, gay and bisexual older people. *Sociology*, 44(5), 908-924. <https://doi.org/10.1177/0038038510375739>
- Alvarado, A. M., y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Arias-Urión, A. M., Losantos, M., y Bedoya, P. (2023). La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47(133), 1-11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.133>
- Ayalon, L. (2014). Perceived age, gender, and racial/ethnic discrimination in Europe: Results from the European social survey. *Educational Gerontology*, 40(7), 499-517. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.845490>
- Ayalon, L., y Tesch-Römer, C. (2018). Introduction to the section: Ageism—concept and origins. In L. Ayalon y C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 1-10). Springer.
- Bai, X. (2014). Images of ageing in society: A literature review. *Journal of Population Ageing*, 7(3), 231-253. <https://doi.org/10.1007/s12062-014-9103-x>
- Baik, S., y Davitt, J. K. (2021). Factors Associated With Attitudes Toward Older Adults in Social Work Students: A Systematic Review. *Journal of Gerontological Social Work*, 65(2), 168-187. <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1944946>
- Balsis, S., y Carpenter, B. D. (2006). Evaluations of elderspeak in a caregiving context. *Clinical Gerontologist*, 29(1), 79-96. [https://doi.org/10.1300/J018v29n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J018v29n01_07)
- Bolzmann, C., y Kaeser, L. (2012). Active ageing and immigrants elders: A possible relation? Exploring the case of Switzerland. *Revista Migrações*, 10, 29-44.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Bozzaro, C., Boldt, J., y Schweda, M. (2018). Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability. *Bioethics*, 32(4), 233-239. <https://doi.org/10.1111/bioe.12440>
- Buffel, T., Phillipson, C., y Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing “age-friendly” cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597-617. <https://doi.org/10.1177/0261018311430457>

Buffel, T., y Phillipson, C. (2023). *Ageing in place in urban environments: Critical perspectives*. Routledge.

Burholt, V., y Dobbs, C. (2012). Research on rural ageing: where have we got to and where are we going in Europe? *Journal of Rural Studies*, 28(4), 432-446. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2012.01.009>

Butler, S. S. (2019). Social networks and social isolation among LGBT older adults. In L. W. Kaye y C. M. Singer (Eds.), *Social isolation of older adults: Strategies to bolster health and well-being* (pp. 181-196). Springer.

Chang, E., Kanno, S., Levy, S., Wang, S., Lee, J. E., y Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *Plos One*, 15(1), 1-24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>

Chonody, J. M. (2015). Addressing Ageism in Students: A Systematic Review of the Pedagogical Intervention Literature. *Educational Gerontology*, 41(12), 859-887. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1059139>

Ciobanu, R. O., Fokkema, T., y Nedelcu, M. (2017). Ageing as a migrant: Vulnerabilities, agency and policy implications. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 43(2), 164-181. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2016.1238903>

Collins, P. H. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 1-20. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142>

Conde-Ruiz, J. I., y González, C. (2021). *El proceso de envejecimiento en España: Estudios sobre la economía española*. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>

Coulourides, A., Wilber, K., y Mosqueda, L. (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>

Crenshaw, K. W. (2013). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In R. Mykitiuk y M. Albertson (Eds.), *The public nature of private violence* (pp. 93-118). Routledge.

Cuddy, A. J. C., Norton, M. I., & Fiske, S. T. (2005). This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267-285. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>

Dhamoon, R. K., y Hankivsky, O. (2011). Why the theory and practice of intersectionality matter to health research and policy. *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*, 1, 16-50.

Dolberg, P., Sigurðardóttir, S. H., y Trummer, U. (2018). Ageism and older immigrants. In L. Ayalon y C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspective on ageism* (pp. 177-191). Springer.

Eliassi, B. (2015). Constructing cultural otherness within the Swedish welfare state: The cases of social workers in Sweden. *Qualitative Social Work*, 14(4), 554-571. <https://doi.org/10.1177/1473325014559091>



- Eliassi, B. (2017). Conceptions of immigrant integration and racism among social workers in Sweden. *Journal Of Progressive Human Services*, 28(1), 6-35. <https://doi.org/10.1080/10428232.2017.1249242>
- Fenton, S. J., y Draper, H. (2014). Cultural differences in ageing in the UK: A significant knowledge gap. <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/research/policycommission/healthy-ageing/2-Cultural-differences-in-ageing-in-the-UK-a-significant-knowledge-gap.pdf>
- Fernández, J. M., Morales, M. C., Montiel, M., Mora, E., Arias, A., y Redondo, O. (2020). Physical restraint use in relation to falls risk in a nursing home. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.05.006>
- Fialoma, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., Schroll, M., Onder, G., Wergeland L., Wagner, C., Reissigová, J., y Bernabei, R. (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Journal of the American Medical Association*, 293(11), 1348-1358. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.11.1348>
- Fialova, D., Kummer, I., Drzaic, M., y Leppee, M. (2018). Ageism in medication use in older patients. In L. Ayalon, C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 241-262). Springer.
- Fialova, D., y Onder, G. (2009). Medication errors in elderly people: Contributing factors and future perspectives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), 641-645. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03419.x>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., y Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Emlet, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., y Petry, H. (2011b). *The aging and health report*. [https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/LGBT%20Aging%20and%20Health%20Report\\_final.pdf](https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/LGBT%20Aging%20and%20Health%20Report_final.pdf)
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H. J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., Hoy-Ellis, C. P., y Muraco, A. (2014b). The health equity promotion model: Reconceptualization of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) health disparities. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653-663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
- Goettler, A. (2021). Activity and social responsibility in the discourse on health care, long-term care and welfare services for older immigrants. *BioMed Research International*, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2021/5241396>
- Gómez, A. E. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(6), 70-74.
- Hussain, B., Mirza, M., Baines, R., Burns, L., Stevens, S., Asthana, S., y Chatterjee, A. (2023). Loneliness and social networks of older adults in rural communities: A narrative synthesis systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1113864. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1113864>



Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Cifras de Población*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>

Iversen, T. N., Larsen, L., y Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4-22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>

Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., y Yu, T. C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 832-839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>

Kane, R. L., Ouslander, J. G., Abrass, I. B., y Resnick, B. (2009). *Essentials of clinical geriatrics*. McGraw Hill.

KC, S., Clarke, K., y Seppänen, M. (2023). A scoping review on ageing migrants in finland through the lens of intersectionality and vulnerability. *Nordic Journal of Migration Research*, 13(3). <https://doi.org/10.33134/njmr.561>

Keating, N., y Phillips, J. (2008). A critical human ecology perspective on rural ageing. In N. Keating (Ed.), *Rural ageing: A good place to grow old?* (pp. 1-10). Policy Press.

Kia, H., Robinson, M., MacKay, J., y Ross, L. E. (2020). Poverty in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Two-Spirit (LGBTQ2S+) populations in canada: An intersectional review of the literature. *Journal of Poverty and Social Justice*, 28(1), 21-54. <https://doi.org/10.1332/175982719X15687180682342>

Kimmel, D. (2014). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender aging concerns. *Clinical Gerontologist*, 37(1), 49-63. <https://doi.org/10.1080/07317115.2014.847310>

King, A. (2016). *Older Lesbian, Gay and Bisexual adults: Identities, intersections and institutions*. Routledge.

Kristiansen, M., Razum, O., Tezcan-Güntekin, H., y Krasnik, A. (2016). Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Reviews*, 37(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0036-1>

Leinonen, J., y Toivanen, M. (2014). Researching in visibility in the nordic context: Theoretical and empirical views. *Nordic Journal of Migration Research*, 4(4), 161. <https://doi.org/10.2478/njmr-2014-0025>

Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), 203-211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.p203>

Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., y Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>

- Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E., y Gill, T. M. (2012). Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *Journal of the American Medical Association*, 308(19), 1972-1973. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>
- Lin, D., y Cui, J. (2021). Transport and mobility needs for an ageing society from a policy perspective: Review and implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11802. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211802>
- Martínez, T. (2013). La Familia. <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/lafamilia.htm>
- Meyer, D. (2015). *Violence against queer people: Race, class, gender, and the persistence of anti-LGBT discrimination*. Rutgers University Press.
- Moilanen, T., Kangasniemi, M., Papinaho, O., Mynttinen, M., Siipi, H., Suominen, S., y Suhonen, R. (2021). Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nursing Ethics*, 28(3), 414–434. <https://doi.org/10.1177/0969733020948115>
- Montserrat-Codorniu, J. (2006). El gasto en los mayores: El reto de la dependencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 41(1), 39-47. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(06\)72921-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72921-3)
- Musashi, E., Hosoda, T., y Ikeda, D. (2023). A study on decision-making with a sense of well-being for the elderly. *IIAI Letters on Business and Decision Science*, 3, 1–12. <https://doi.org/10.52731/lbds.v003.118>
- Nazroo, J. (2006). Ethnicity and old age. *The Futures of Old Age*, 62–72. <https://doi.org/10.4135/9781446211533.n6>
- Ng, R., Allore, H. G., Trentalange, M., Monin, J. K., y Levy, B. R. (2015). Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: Evidence from a database of 400 million words. *PLOS ONE*, 10(2), e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>
- Nhamo-Murire, M., y Macleod, C. I. (2018). Lesbian, Gay, and Bisexual (LGB) people's experiences of nursing health care: An emancipatory nursing practice integrative review. *International journal of nursing practice*, 24(1), e12606. <https://doi.org/10.1111/ijn.12606>
- Ober, J. (2016). Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *The Gerontologist*, 56(4), 610-614. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu158>
- Officer, A., y Fuente-Núñez, V. de la (2018). *A global campaign to combat ageism*. Bulletin World Health Organization. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Active aging: A policy framework*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *World report on ageing and health*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre edadismo*. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Envejecimiento: Edadismo*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Pérez, J., Fariñas, D. R., Aceituno, P., Muñoz, C., Bueno, C., Ruiz-Santacruz, J. S., Fernández, I., Castillo, A. B., de las Obras-Loscertales, J., y Villuendas, B. (2022). *Un perfil de las personas mayores en España 2022: Indicadores estadísticos básicos*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>

Petrovic, M., Somers, A., y Onder, G. (2016). Optimization of geriatric pharmacotherapy: Role of multifaceted cooperation in the hospital setting. *Drugs & Aging*, 33(1), 179-188. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0352-7>

Qato, D. M., Wilder, J., Schumm, L. P., Gillet, V., y Alexander, G. C. (2016). changes in prescription and over-the counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 473-82. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8581>

Rosenberg, M. J., Hovland, C. I., McGuire, W. J., Abelson, R. P., y Brehm, J. W. (1960). *Attitude organization and change: An Analysis of consistency among attitude components*. Yale University Press.

Ruud, M. (2018). Cultural Humility in the Care of Individuals who are Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, or Queer. *Nursing for Women's Health*, 22(3), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.03.009>

Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97-114. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>

Sánchez-Izquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R., y Fernández-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: A preliminary study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1515–1525. <https://doi.org/10.2147/CIA.S213644>

Sánchez-Prieto, L., Coll, M. T., Orte, M. C., Vives, M., y da Gama, J. (2020). ¿Son necesarias las sujeciones físicas en personas mayores como medida de prevención de caídas? *European Journal of Child Development, Education & Psychopathology*, 8(1), 17-25. <https://doi.org/10.30552/ejpad.v8i1.127>

Shippee, T. P., Wilkinson, L. R., Schafer, M. H., y Shippee, N. D. (2019). Long-Term Effects of Age Discrimination on Mental Health: The Role of Perceived Financial Strain. *The Journals of Gerontology*, 74(4), 664–674. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx017>

Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., y Drury, L. (2017). The risks of ageism model: how ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>

- Tinetti, M. E., Inouye, S. K., Gill, T. M., y Doucette, J. T. (1995). Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence: Unifying the approach to geriatric syndromes. *Journal of the American Medical Association*, 273(17), 1348-1353.
- Tong, H., Walsh, C.A., Bouchard, N., Lai, D.W.L. (2022). Social inclusion and immigrant older adults. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of social inclusion* (pp. 769-790). Springer, Cham.
- Torrecilla, M. (2023). *Consecuencias de la infantilización de las personas con demencia. centro estatal de referencia estatal de Alzheimer*. <https://blogcrea.imsero.es/-/consecuencias-de-la-infantilizacion-de-las-personas-con-demencia>
- Torres, S., y Lawrence, S. (2012). An introduction to 'the age of migration' and its consequences for the field of gerontological social work. *European Journal of Social Work*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.661562>
- United Nations Development Programme, HelpAgeInternational, y AARP. (2017). *Ageing, older persons and the 2030 agenda for sustainable development*. [https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/07/UNDP\\_AARP\\_HelpAge\\_International\\_AgeingOlderpersons-and-2030-Agenda-2.pdf](https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/07/UNDP_AARP_HelpAge_International_AgeingOlderpersons-and-2030-Agenda-2.pdf)
- Velaithan, V., Tan, M. M., Yu, T. F., Liem, A., Teh, P. L., y Su, T. T. (2023). The association of self-perception of ageing and quality of life in older adults: A systematic review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad041. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>
- Verhagen, I., Ros, W. J., Steunenbergh, B., y de Wit, N. J. (2013). Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: Design and development of a community-based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-227>
- Virokannas, E., Liuski, S., y Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability—A literature review. *European Journal of Social Work*, 23(2), 327–339. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1508001>
- Wahl, H. W., y Lang, F. (2004). Aging in context across the adult life course: Integrating Physical and social environmental research perspectives. In H. W. Wahl, R. J. Scheidt, y P. G. Windley (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics. vol 23. Annual review of gerontology and geriatrics* (pp. 1–33). Springer.
- Walsh, K., Scharf, T., y Keating, N. (2016). Social exclusion of older persons: A Scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14, 81–98. <https://dx.doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8>
- Warner, D. F., y Brown, T. H. (2011). Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: An intersectionality approach. *Social Science & Medicine*, 72(8), 1236–1248. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.034>
- Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., y Wilson, K. (2009). Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 24(1), 11–20. <https://doi.org/10.1177/1533317508318472>