



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Edadismo en personas mayores. Consecuencias en el
envejecimiento activo**

Autor: Rodrigo García Sánchez
Directora: Macarena Sánchez-Izquierdo

Madrid
2021/2022

Índice:

1. Resumen.....	3
2. Introducción al Edadismo.....	5
3. Edadismo: un Riesgo para el Envejecimiento Activo	6
4. Edadismo y su repercusión en los Pilares del Envejecimiento Activo- Ámbito de salud	9
4.1. Nivel individual	10
4.2. Nivel estructural.....	12
5. Aspectos Protectores Frente al Edadismo	15
5.1. Aspectos Individuales	15
5.2. Aspectos Grupales	16
6. Discusión.....	20
7. Conclusiones	25
8. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación	25
9. Bibliografía	26
10. Material Suplementario	35
S.1. Diseño del Estudio.....	35
S.2. Aproximación a los Pilares Restantes del Envejecimiento Activo	36

1. Resumen

Vivimos en una sociedad envejecida, que va a serlo aún más en los años venideros, y que además es edadista con las personas mayores. El edadismo es el conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminación por razón de edad, que repercute negativamente en el logro del envejecimiento activo. El proceso de envejecimiento depende fundamentalmente de factores ambientales y conductuales, influidos de manera directa por el edadismo o por la discriminación percibida por parte de las propias personas mayores. El análisis del edadismo, sus efectos en la consecución del envejecimiento activo, posibles factores protectores, cómo evaluarlo e intentar erradicarlo, emergen como aspectos centrales en este trabajo. Existen factores de protección capaces de mitigar su efectos adversos, aunque algunas variables como la autoeficacia, la sensación de control y la autopercepción del envejecimiento presentan resultados contradictorios. Una de las limitaciones en el estudio del edadismo es la falta un sistema de evaluación objetivo y fiable que abarque sus tres dimensiones para poder evaluar los programas y políticas antiedadistas permitiendo desarrollar intervenciones efectivas desde la idea de la influencia recíproca de Bronfenbrenner.

Palabras clave: ageism, active ageing, protective factors, stereotype threat.

Abstract

We live in an ageing society, which will be even more so in the coming years, and which is also ageist towards older people. Ageism is the set of stereotypes, prejudices, and discrimination based on age, which negatively impacts the achievement of active ageing. The ageing process depends fundamentally on environmental and behavioral factors, directly influenced by ageism or discrimination perceived by older people. The analysis of ageism, its effects on the achievement of active ageing, possible protective factors, and how to evaluate it and try to eradicate it emerge as central aspects in this work. There are protective factors capable of mitigating its adverse effects, although some variables such as self-efficacy, sense of control and self-perception of ageing present contradictory results. One of the limitations in the study of ageism is the lack of an objective and reliable evaluation system that encompasses its three dimensions to evaluate anti-ageing programs and policies, allowing the development of effective interventions based on the idea of Bronfenbrenner's reciprocal influence.

Key words: ageism, active ageing, protective factors, stereotype threat.

2. Introducción al Edadismo

“Una sociedad se mide por cómo se preocupa por sus ciudadanos mayores” (OMS, 2019). El envejecimiento demográfico es un proceso global, generalizado, que afecta a todas las sociedades. Es un logro y un reto de la humanidad, porque nunca antes se había logrado vivir una vejez tan prolongada (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2018). Si bien desde la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2003) se propuso promover una visión positiva de la vejez y de su proceso, casi dos décadas después todavía se asocia el envejecimiento de la población con un problema demográfico y sociosanitario, y se tiene una imagen estereotipada de la vejez, como deterioro de la salud, enfermedad, dependencia, improductividad, vulnerabilidad y falta de autonomía en general. Con este fin, se trató de diferenciar esta etapa vital de una patología, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretendió incorporarlo en el 2022 como enfermedad en su catálogo (SEGG, 2021), algo que finalmente, y ante las numerosas quejas por parte de Entidades y Asociaciones, se rebocó.

En este contexto, es necesario comprender bien cómo se construyen las imágenes sobre la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, que pueden convertirse en comportamientos discriminatorios relativos al grupo social, o *edadismo* (término acuñado por Butler en 1969 como ageism).

El edadismo o discriminación por edad es la estereotipificación contra colectivos o personas por cuestión de edad. Según la OMS (2020), 1 de cada 2 personas son edadistas hacia las personas mayores, mientras que en Europa, 1 de cada 3 personas mayores verbalizan haber sido víctimas de discriminación por edad (OMS, 2021). El edadismo está formado por tres dimensiones: estereotipos, que indicaría el componente cognitivo; prejuicios, que sería el componente emocional y discriminación, que aludiría al componente conductual (Iversen et al., 2009; Levy et al., 2009). Al hablar de estereotipos es importante diferenciar tres tipos: estereotipo cultural (aquel que proviene de la cultura), estereotipo personal (cómo ves tú a la persona mayor) y autoestereotipo (cómo te ves a ti mismo como persona mayor). En cuanto a la discriminación, podemos hablar de discriminación hacia las personas mayores y de discriminación percibida por las propias personas mayores (Pacoe et al., 2009).

Además, el edadismo puede estar enfocado hacia uno mismo o hacia los demás; ser positivo (e.g. sabios) o negativo (e.g. inflexible); consciente (explícito) o inconsciente

(implícito) (Levy y Banaji, 2002), y desde una perspectiva socioecológica, existen tres niveles de influencia en las que se puede manifestar el edadismo: micro o intrapersonal (edadismo intrapersonal y edadismo autodirigido), meso, interpersonal o intergrupar (edadismo interpersonal) y macro, que aludiría a lo cultural e institucional (edadismo institucional) (McLeroy et al., 1988, como se citó en Sallis y Owen, 2015).

Volviendo a los estereotipos, según la teoría del Modelo del Contenido del Estereotipo (e.g. Fiske et al., 2002; Glick y Fiske, 1996) se pueden agrupar en dos dimensiones: afabilidad y competencia. A este colectivo se les percibe con alta afabilidad (estereotipo positivo), pero baja competencia (estereotipo negativo a raíz de la edad), lo que se le denomina estereotipo ambivalente.

Cary y colaboradores (2017), en base al Modelo del Contenido del Estereotipo y a la Teoría del Sexismo Ambivalente (Glick y Fiske, 1996), desarrollaron dos formas de clasificar el edadismo: edadismo hostil y edadismo benevolente. En ambos tipos está presente el estereotipo de incompetencia, pero en el edadismo benevolente se les percibe además como afables (Fiske et al., 2002), lo que lleva a conductas discriminatorias como ayuda no demandada e infantilización que merman su autonomía y autoeficacia (Cuddy et al, 2005; Cary et al., 2017).

El edadismo ha mostrado una gran cantidad de riesgos a nivel mundial, tanto en las personas mayores como en la sociedad, que se objetivan en todas las culturas (Cuddy et al., 2005), sin discriminar por ideales o geografía. De hecho, estas repercusiones no sólo tienen influencia directa en la salud física y mental de las personas mayores (Pascoe y Smart Richman, 2009), o repercusiones económicas en la sociedad (Global report on ageism, 2020), sino que también suponen una amenaza en la consecución del envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Partiendo de estas afirmaciones, vamos a ver el riesgo que supone el edadismo en el logro del envejecimiento activo y su presencia en los cuatro pilares, dando prioridad al pilar de la salud, para profundizar en el estudio de la Psicología. El diseño del estudio se puede revisar en material suplementario S1.

3. Edadismo: un Riesgo para el Envejecimiento Activo

El envejecimiento es un fenómeno bio-psico-social que conlleva diferentes maneras de envejecer. Envejecer no es una cuestión del azar ni está dominado por aspectos meramente biomédicos. La evidencia empírica muestra que el 75% de nuestra

manera de envejecer depende de factores ambientales y conductuales, mientras que tan sólo el 25% depende de la genética (Kirkwood, 2005).

Rowe y Khan (1997) operativizan en tres las maneras de envejecer: usual, patológico y con éxito. Se considera envejecimiento con éxito a aquel que conlleva un elevado funcionamiento cognitivo, condiciones de salud positivas, óptimo funcionamiento físico, afecto positivo y participación social (Fernández-Ballesteros, 2008), condiciones que son similares en otros países y culturas (Fernández-Ballesteros et al., 2008). La evidencia empírica ha mostrado que podemos llegar a esta última etapa vital en óptimas condiciones. Así, hace 50 años se inició un nuevo paradigma de envejecimiento saludable, productivo, óptimo o activo. Es a partir del S.XXI cuando el término “activo” se utiliza con mayor frecuencia en todos los estudios (ver revisión Fernández-Ballesteros et al., 2021). El término “envejecimiento activo” (de aquí en adelante nombrado EnAct) es propuesto por la OMS en el II Plan Internacional contra el Edadismo (OMS, 2002), que también define sus cuatro pilares clave. Éstos surgen en la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de Viena (1982), Madrid (2002), con sus respectivos informes a raíz de las asambleas (Naciones Unidas, 1982, 2002) y de los documentos “Envejecimiento activo: un marco político” (OMS, 2002) y “Envejecimiento activo: un marco político ante la revolución de la longevidad” (Kalache et al., 2015). En estos documentos se aborda, a parte de la definición, asuntos como los pilares del EnAct, que en un primer lugar fueron tres: *salud, participación y seguridad*, pero más adelante, en el 2015, se incluyó el cuarto, *aprendizaje a lo largo de la vida* (Urrutia, 2018). Últimamente se está empezando a plantear la intergeneracionalidad como nueva idea y factor prioritario a la hora de abordar cuestiones sobre el envejecimiento, considerando que hay apostar por su presencia para conseguir esta forma de envejecer (Urrutia, 2018).

Tal como define Fernández-Ballesteros (2008), el EnAct es un constructo amplio y complejo, que debe ser examinado a través de un análisis multidimensional y multisistema, teniendo en cuenta aspectos objetivos y subjetivos, así como los referidos a diversos sistemas. El EnAct está influenciado de manera positiva tanto por factores individuales (actitud positiva, apoyo social percibido, manejo del estrés, autoeficacia, percepción de control...), como por aspectos socioculturales (e.g. edadismo). El modelo multidimensional – multinivel de Rocío Fernández-Ballesteros se basa, por un lado, en la teoría de Bandura (1986, 1997), en la que destaca la importancia del determinismo recíproco entre el ambiente, conducta y procesos cognitivos, dándole especial importancia al autocontrol y la autoeficacia del individuo. Y, por otro lado, en la teoría

de Bronfenbrenner (1979) con su idea de la influencia recíproca entre las distintas categorías ambientales (individuo, microsistema, mesosistema, macrosistema, exosistema y cronosistema).

En resumen, el EnAct no sólo implica salud (o ausencia de enfermedad), sino también aptitud física, capacidades cognitivas, sensación de control, participación social y afecto positivo (Fernández-Ballesteros, 2008; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Rowe y Khan, 1997). Por lo tanto, para promover el EnAct, hay que mantener atendidos en todo momento los indicadores de salud, bienestar y control, aspectos afectados ante la presencia del edadismo (para una revisión ver Fernández-Ballesteros et al., 2017).

En el año 2015, la OMS reconoció el edadismo como un problema de salud pública (OMS, 2015) y esto fue debido a que el edadismo no solo contribuye a la exclusión de las personas mayores de la sociedad (Walsh et al., 2016), sino que también pueden ser las propias personas mayores al internalizar estas ideas edadistas las que se autoexcluyen. De hecho, existen tres vías en las que el edadismo tiene influencia a la hora de impedir un adecuado EnAct a lo largo de sus vidas (Swift et al, 2017):

La primera vía, conocida como *asimilación del estereotipo*, hace referencia a aquellos estereotipos que fueron proyectados hacia otras personas mayores a lo largo de la vida, pero que, más adelante cuando uno envejece, acaban repercutiendo en uno mismo (Levy, 2009). En otras palabras, el tener mayor prevalencia de estereotipos negativos hacia las personas mayores aumenta la probabilidad de experimentar un peor envejecimiento cuando se es mayor (Levy, 2009). Las repercusiones negativas de asimilar un estereotipo hacia uno mismo se muestran en cuatro dominios claves en el EnAct: economía, conducta, nivel personal y social (Swift et al., 2017). Por tanto, estos estereotipos propios de la cultura en la que están sumergidos llevan al autoestereotipo y a una percepción negativa del propio envejecimiento repercutiendo en el funcionamiento vital, salud y longevidad de las personas mayores (Levy, 2009).

La segunda vía alude a la *amenaza del estereotipo*. Esto se produce cuando los miembros de un grupo perciben que se puede confirmar un estereotipo negativo acerca de ellos y, en consecuencia, sienten miedo a dicha revelación (Steele y Aronson, 1995; Steele, 2010). El miedo por confirmar el estereotipo tendrá repercusiones en el rendimiento y aumentará la probabilidad de que el individuo funcione en base a esos estereotipos negativos. Tanto es así, que se ha mostrado que la amenaza del estereotipo repercute en el desempeño de tareas cognitivas (Lamont et al., 2015) al tratar de abordarlas de forma cautelosa, lo que los lleva a limitar su eficacia en: destrezas de

conducción y fuerza física (Swift, et al., 2017), así como en tareas de memoria y funcionamiento cognitivo general (Abrams et al., 2008; Hess et al., 2003), entre otras.

Por último, la tercera vía es *ser objeto de edadismo*, que repercute de manera directa en la percepción de bienestar y salud, provocando un trato indigno y desigual hacia las personas mayores (Swift et al., 2017).

Estas tres vías varían en función de la experiencia subjetiva de cada individuo, influyendo en personas que no pertenecen al colectivo de la tercera edad. Esta última idea se conoce como flexibilidad subjetiva en la categorización por edad (Abrams et al., 2008).

A pesar de que la discriminación por edad hace referencia a cualquier grupo de edad, los estudios muestran que las personas mayores son un factor de riesgo elevado a la hora de sufrir consecuencias negativas más severas en comparación con los grupos más jóvenes, como se verá en el siguiente apartado.

4. Edadismo y su repercusión en los Pilares del Envejecimiento Activo- Ámbito de salud

Una vez definido el EnAct, así como nombrados sus cuatro pilares básicos, vamos a profundizar en el efecto del edadismo en el pilar de la Salud, centrándonos especialmente en la salud psicológica a pesar de que el papel del psicólogo sea clave en todos los pilares. Para una breve descripción del resto de pilares, revisar el material suplementario S2.

El pilar de la salud tiene como objetivo velar por promover y proteger la salud de las personas mayores, apostando por estilos de vida saludables y facilitaciones en el acceso a los servicios sanitarios, disminuyendo todos los posibles factores de riesgo (e.g. Álvarez-García et al., 2018; Hijas-Gómez et al., 2020).

El edadismo tiene repercusiones en la salud física y mental de las personas mayores (Pascoe y Smart Richman, 2009), en la ejecución de actividades físicas y cognitivas (Lamont et al, 2015), llegando a ser más perjudiciales que los efectos en la salud generados por el racismo (Priest et al., 2013). Además, en el caso de que tengan una visión negativa de ellos mismos por el simple hecho de ser mayores, aumenta su tasa de mortalidad en 7 años y medio en comparación con los que se perciben de manera positiva (Levy y Banaji, 2002).

Como destaca una reciente revisión de Chang y colaboradores (2020), las consecuencias del edadismo hacia las personas mayores se dividen en 11 dominios que se podrían estructurar en dos niveles: individual y estructural, lo que supone que los

efectos negativos del edadismo no sólo se objetivan de manera individual, sino también estructuralmente.

4.1. Nivel individual

El nivel individual hace referencia a aquellas personas mayores que asumen las opiniones negativas de la edad provenientes de su cultura o que son víctimas directas del edadismo. En base a esto, podemos observar consecuencias sanitarias divididas en 7 dominios diferentes (Butler, 1969; Levy, 2009; Levy, 2017): salud, enfermedades físicas, enfermedades mentales, cognición, relaciones sociales, calidad de vida y esperanza de vida.

En cuanto a la *salud*, se ha visto una relación significativa entre las conductas de salud de riesgo y la discriminación por edad. Dentro de estas conductas aversivas destacan: consumo de dietas poco saludables, incumplimiento de la medicación, consumo excesivo de alcohol y/o tabaco, disminución de la capacidad de autocontrol, abuso de sustancias, y abandono de conductas promotoras de una adecuada salud como el control de la diabetes o detección del cáncer (Pascoe y Smart Richman, 2009; Chang et al., 2020). Un estudio irlandés con adultos mayores con autopercepciones negativas del envejecimiento muestra que las personas mayores víctimas de la discriminación por edad tienen una mayor probabilidad de beber y/o fumar frente al grupo que no tenía dicha percepción (Villiers-Tuthill et al., 2016, como se citó en Chang et al., 2020). Siguiendo esta línea, Pascoe y Smart Richman (2009) han recopilado los efectos de la discriminación percibida en la salud mental entre los que destacan: disminución de conductas saludables, aparición de conductas no saludables o incluso pérdida de recursos de autocontrol al ver la discriminación como un factor estresante incontrolable e impredecible. Esta situación “ambigua” e ingestionable, aumenta la vulnerabilidad hacia ciertas enfermedades (para una revisión ver Williams y Mohammed, 2009) y, por tanto, desarrollan una menor probabilidad para alcanzar el envejecimiento de éxito o activo (Fernández-Ballesteros et al, 2017; Swift et al, 2017).

Respecto a las *enfermedades físicas*, se han mostrado repercusiones en el deterioro funcional, condiciones crónicas, aumento de eventos médicos agudos e incremento de hospitalizaciones (Chang et al., 2020). Levy y colaboradores (2012) han mostrado que las personas mayores con estereotipos negativos hacia su edad tienen una menor probabilidad para recuperarse de una discapacidad grave frente a las que tienen

estereotipos positivos. Siguiendo esta línea, si las personas mayores perciben esa discriminación, aumentará la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, debido a que se trata de un estresor social que desencadena respuestas fisiológicas como la subida en la presión arterial o de la frecuencia cardíaca (Brondolo et al., 2008, como se citó en Chang et al., 2020). Además, tal y como han recopilado Chang y colaboradores (2020), la exposición reiterada a la discriminación hace que el cuerpo se vuelva más reactivo a nivel físico en situaciones estresantes, de manera que la manifestación cotidiana de discriminación puede desencadenar en un factor estresante crónico que desgaste los componentes de protección del individuo (en este caso, de las personas mayores mediante el edadismo crónico) y que, en consecuencia, aumente su probabilidad de desarrollar enfermedades físicas.

En el dominio de las *enfermedades mentales*, Chang y colaboradores (2020), han mostrado los resultados de diversos estudios que señalan cómo el edadismo influye de manera directamente proporcional en la probabilidad de padecer sintomatología depresiva. En esta línea, en una muestra nacional de veteranos estadounidenses, se observó una asociación entre la oposición al estigma negativo con una menor probabilidad de padecer sintomatología depresiva, ideaciones suicidas, trastornos por estrés postraumático y ansiedad (Levy et al., 2014). Por otro lado, la discriminación percibida se asocia con puntuaciones más altas en depresión, angustia y ansiedad (Priest et al., 2013).

El análisis de las consecuencias en el *dominio cognitivo* ha mostrado cómo los estereotipos negativos hacia este colectivo predicen un peor desempeño cognitivo que se muestra durante un período de tiempo de 38 años (Levy et al., 2012).

Las *relaciones sociales* es otro dominio afectado por el edadismo, debido a que éste repercute en el apoyo, compromiso y aislamiento social, como han recopilado Chang y colaboradores (2020). Uno de los motivos por los que puede ocurrir es por las pérdidas sociales incontrolables (por cuestiones biológicas o sanitarias) en las que la elección de sus redes de apoyo disminuye, de ahí que se haga énfasis en la necesidad de mejorar la calidad de los contactos sociales, incrementar los recursos para tener un uso activo del tiempo en soledad o bien, para concienciar sobre la importancia de desarrollar lazos de amistad tempranos para prevenir la soledad (Pinquart y Sorensen, 2001).

En base a todas estas repercusiones, el *dominio de la calidad de vida* también se ve afectado por el edadismo. En esta línea, un estudio en Turquía ha mostrado que la presencia de autopercepciones negativas hacia la vejez en personas mayores (en este caso,

mujeres), aumenta la probabilidad de tener una peor calidad de vida, aunque, en este caso, la relación se debió tanto a la discriminación por edad, como a factores económicos y/o personales desfavorables (Top y Dikmetaş, 2012).

Por último, la *esperanza de vida* también se ha visto afectada de manera significativa por la presencia de edadismo. Un estudio procedente de China ha mostrado que las personas mayores con autopercepción negativa acerca del envejecimiento presentan una disminución significativa en la esperanza de vida (Zhao et al., 2017, como se citó en Chang et al., 2020), algo que se ha encontrado también en estudios en EEUU (e.g. Stewart et al., 2012; Levy y Banaji, 2002).

4.2. Nivel estructural

El nivel estructural alude a los resultados negativos en la salud de las personas mayores cuando las instituciones promueven el edadismo (Butler, 1969; Levy, 2017). Dentro del nivel estructural podemos destacar influencias en 4 dominios diferentes: 1) ausencia de oportunidades laborales, 2) negativa de acceso a los servicios sanitarios, 3) exclusión de los adultos mayores en el ámbito de la investigación sanitaria, y 4) desprecio hacia la vida de las personas mayores.

En primer lugar, se ha visto que el edadismo se refleja en la *ausencia de oportunidades laborales*, favoreciendo la incidencia de sintomatología depresiva y de enfermedades a largo plazo (Shippee et al., 2019, como se citó en Chang et al., 2020). Además, la probabilidad de contratar a una persona mayor es significativamente inferior frente a una persona más joven. De igual modo, dentro de un mismo empleo, las personas mayores tienen menos oportunidades para seguir formándose, lo que repercute en un mayor número de prejubilaciones (Chang et al., 2020).

Dentro de este colectivo, también se han recopilado *limitaciones y/o negativas en el acceso de los servicios sanitarios*: las personas encargadas de ofrecer atención médica eran más proclives a negarle el tratamiento vital a una persona mayor frente a una joven, independientemente de la evaluación previa y del pronóstico (Chang et al., 2020).

En cuanto al dominio de la *exclusión de los adultos mayores en el ámbito de la investigación sanitaria*, la revisión de Chang y colaboradores (2020) muestra cómo las personas mayores han sido apartadas e infrarrepresentadas de ensayos clínicos de psiquiatría, oncología, neurología, urología, reumatología, nefrología, medicina interna, cardiología y medicina preventiva o incluso de casos clínicos como de la enfermedad de

Párkinson a pesar de tratarse de una población con mucha prevalencia en este campo. Esto podría derivar en un peor abordaje de las patologías hacia este colectivo al ser tan heterogéneo e infraestudiado.

Por último, el edadismo también repercute en el *deprecio hacia la vida de las personas mayores*. Un ejemplo es un estudio japonés en el que se llevó a cabo una actividad relacionada con un dilema moral. En ella, había una viñeta que representaba a un tranvía descarrilándose sobre un colectivo u otro y tenían que elegir dónde preferían que colisionara el vehículo. Los resultados han mostrado que los participantes eran más propensos a sacrificar a personas mayores frente a jóvenes (Kawai et al., 2014, como se citó en Chang et al., 2020).

En resumen, Chang y colaboradores (2020) han mostrado que la presencia del edadismo está expandida a nivel mundial, pudiéndose observar resultados significativos en 45 países de 6 continentes distintos. Asimismo, a pesar de que sea algo global, las últimas investigaciones sobre la discriminación por edad están observando que sólo aumenta el número de investigaciones a nivel individual, mientras que los que son a nivel estructural están disminuyendo.

Por otro lado, es necesario destacar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que estas repercusiones sean aún más negativas, entre las que destacan las siguientes: la presencia de edadismo mantenido en el tiempo (en el nivel estructural), pertenecer a un colectivo étnico o racial minoritario, presentar un bajo nivel educativo y vivir en países subdesarrollados, aunque seguramente esto último se deba más a la escasez de recursos económicos y, en consecuencia, la falta de garantía de una adecuada atención médica, que por el edadismo (Chang et al., 2020). Aun así, tampoco podemos perder de vista que la presencia de edadismo repercute en el tipo de atención médica que recibe este colectivo, con independencia de que los recursos médicos sean inferiores.

El *modelo Ecológico y Transaccional de Bronfenbrenner* (Bronfenbrenner, 1979) nos explica, entre otras cosas, la influencia recíproca entre todas las personas, lo que supone que estas repercusiones sanitarias no sólo les afectan a las personas mayores como colectivo aislado, sino a toda la población. Así, a nivel global, el edadismo tiene consecuencias económicas de millones de dólares (Global report on ageism, 2020). De todos modos, este costo aumenta si el edadismo es hacia uno mismo frente a si procede del exterior (Levy et al., 2018), lo que podría deberse a las repercusiones sanitarias que hemos ido viendo a lo largo de este apartado, porque las cifras hablan de 63 mil millones de dólares (es decir, 1 de cada 7 dólares gastados) destinados al tratamiento de las

personas mayores en el campo sanitario a raíz del edadismo (Global report on ageism, 2020).

Por último, tras la presencia del COVID – 19 y la discriminación por edad en el ámbito de la salud, el nivel de edadismo ha aumentado exponencialmente. Podemos encontrar ejemplos en distintos países. Un ejemplo sería la falta de respeto y dignidad hacia las personas mayores que fallecieron por el virus al no informar correctamente el número de fallecidos en residencias de ancianos (Boumedienne, 2020, como se citó en Fraser et al., 2020), como si sus muertes hubieran sido algo predecible y poco importante a tener en consideración. Otro ejemplo lo encontramos en Canadá, país que con el objeto de proteger a las personas mayores, se les animó a inscribirse en el “registro de personas vulnerables” (Meagher, 2020, como se citó en Fraser et al., 2020). De este acto a priori “banal”, subyace un mensaje implícito de “personas frágiles” por el simple hecho de ser mayores que perpetúa aún más la presencia del edadismo, sobre todo porque se hizo con personas sin ningún problema objetivable.

Además, a pesar de que en la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) de la mano de Ribera y Gil (2011) promovieran políticas orientadas a la educación ciudadana y a los profesionales sanitarios con el objeto de promover la sensibilidad y formación de los mismos para reducir la morbimortalidad en personas mayores, se ha mostrado que los profesionales de la salud encargados de velar por el cuidado de este colectivo siguen expresando que éste está presente, tanto de manera directa como indirecta. Resultados que se objetivan más allá del contexto sanitario (Ribera et al., 2016) y que se acrecentaron con la negativa de acceso a los servicios sanitarios y el COVID – 19 en relación con el edadismo (Apriceno et al., 2021) con todos los debates acerca de qué grupo social debería tener prioridad de acceso en comparación con otros. Los estudios llevados a cabo por Cary y colaboradores (2017) sobre el edadismo hostil y benevolente, han mostrado que el edadismo benevolente es un predictor favorable a la presencia de cuidados o materiales sanitarios, mientras que el edadismo hostil tiene puntuaciones mucho más bajas en cuanto a la probabilidad de recibir atención médica (Apriceno et al., 2021). En el caso del edadismo hostil, esta situación perpetuó aún más la aversión del edadismo hacia las personas mayores al percibirlos como una carga o malgasto de recursos y no atenderlos durante la pandemia del COVID-19 (Apriceno et al., 2021). Por otro lado, el edadismo benevolente ha tenido efectos negativos a largo plazo en la salud y longevidad de este colectivo (Apriceno et al., 2021)

al promover dinámicas de indefensión aprendida (Cary et al., 2017) ante la falta de sensación de control (entre otras cosas) o la asimilación del estereotipo (Levy, 2009).

5. Aspectos Protectores Frente al Edadismo

El edadismo puede verse afectado por aspectos protectores capaces de mitigar los efectos adversos de este constructo. A continuación, plasmaremos cuáles son, dividiéndolos en aspectos individuales y grupales.

5.1. Aspectos Individuales

Entre los aspectos que parecen proteger frente a los efectos adversos del edadismo destacan: la autoeficacia, la gratitud, la autopercepción del envejecimiento, el autocontrol y la forma de evaluación del estímulo estresante.

La *autoeficacia* se define como la capacidad de afrontar correctamente situaciones prospectivas o futuras (Bandura, 1997). El papel mediador de la autoeficacia ha mostrado evidencias significativas entre estilo de vida y la autopercepción del envejecimiento (Steward y Hasche, 2022). Una revisión sistemática de Steward y Hasche (2022) ha encontrado que la autoeficacia tiene un papel activo como variable mediadora en la relación entre salud y discriminación por edad. En concreto, se ha visto que la autoeficacia intermedia entre la autopercepción del envejecimiento y el funcionamiento físico, en la presencia de una alimentación saludable, en las creencias estereotipadas sobre el proceso de envejecer y en las conductas que favorecen una adecuada salud. Algunas sugerencias recogidas por estos autores para promover la autoeficacia son: actividades de desarrollo de memoria, intervenciones mente-cuerpo y otro tipo de ejercicio físico más específico como el Tai Chi (Steward y Hasche, 2022). Los autores destacan que no hay consenso entre los estudios que analizan la relación entre autoeficacia y autopercepción del envejecimiento. Algo que ya mostraron Luo y colaboradores (2020), señalando que una disminución del sentimiento de control en la vida llevaba a tener una peor autopercepción del envejecimiento, pero, a su vez, un bajo nivel de control llevaba a un aumento de la propia percepción de envejecer 4 años más adelante.

En el caso de la *autopercepción del envejecimiento*, se ha visto que, cuando ésta es positiva, aumenta la eficacia en tareas de memoria y, sin embargo, si es negativa aparece la amenaza del estereotipo que conlleva realizar peor las tareas o hacerlas con cautela para evitar que se confirme su miedo delante del resto (Swift et al, 2017). Del

mismo modo, Fernández-Ballesteros y colaboradores (2015) han mostrado que la autopercepción positiva del envejecimiento se relaciona con mayor longevidad y mejor rendimiento en tareas de la memoria en los adultos mayores, así como que era un variable protectora contra la activación de sentimientos de amenaza estereotipados propios del edadismo. En definitiva, puntuaciones altas en los niveles de autopercepción medidas a través de la escala de autopercepción del envejecimiento (Levy y Banaji, 2002), predicen ausencias en la asimilación del estereotipo y la posterior amenaza del estereotipo al no haberlo introyectado (Swift, 2017), así como una mayor longevidad y mejor rendimiento en tareas de memoria (Fernández-Ballesteros et al., 2015).

Un estudio entre racismo y sensación de control ha mostrado relación entre la presencia de estigma y disminución del *autocontrol* a largo plazo, lo que deriva en conductas poco saludables como la ingesta de sustancias (Gibbons et al., 2012). Situación que puede ser extrapolada al caso de las personas mayores, ya que el edadismo es la forma de discriminación con evidencias más sólidas llegando a superar al racismo, si bien las conductas poco saludables se concretarían en no acudir a revisiones periódicas, ir al geriatra o disminuir el consumo de medicamentos recetados (Priest et al., 2013).

Por último, como ya vimos con la discriminación percibida, el edadismo genera situaciones de estrés mantenidas en el tiempo que pueden acarrear consecuencias perjudiciales en la salud del individuo. Lazarus y Folkman (1984, como se cita en Biggs et al., 2017) con la Teoría Transaccional (1984) explicaron lo que ocurre cuando un sujeto hace una evaluación primaria del estímulo percibido. En el caso de que las personas mayores hagan una evaluación del estímulo estresante en forma de desafío, tendrán una activación fisiológica menos intensa que si lo evalúan de otro modo y, por tanto, menores consecuencias en la salud a medio-largo plazo. Por tanto, en función de la valoración de los recursos y habilidades de la persona mayor para afrontar el estímulo, vivirán la situación de un modo otro, llevándole a consecuencias más o menos perjudiciales para su salud, por lo que la persona mayor que sufre del estigma tiene un papel activo determinante a la hora de interpretar la situación y darle un significado u otro según sus habilidades y recursos de afrontamiento.

5.2. Aspectos Grupales

Con respecto a los aspectos grupales protectores del edadismo destacan: el contacto grupal, la autoestima colectiva, el contacto intergeneracional, la identificación

con el grupo, la toma de perspectiva y, por último, el apoyo social, estilo de afrontamiento e identidad grupal, que son variables mediadoras en la discriminación percibida.

En primer lugar, se observa que el *contacto grupal* reduce las percepciones estereotipadas de uno mismo y de los demás, disminuyendo la probabilidad de que las personas se autodenominen con etiquetas negativas. Asimismo, el contacto grupal tiene un efecto favorable a la hora de establecer relaciones grupales sanas y positivas, del mismo modo que reduce los efectos perjudiciales del estereotipo en uno mismo a la hora de desempeñar tareas individuales (Crisp y Abrams, 2008). La evidencia empírica muestra que una red social de apoyo llega a disminuir en un 50% el riesgo de mortalidad (Mendes de Leon et al., 2003).

Por otro lado, Crocker y Luhtanen (1990) (como se citó en Bailis et al., 2008) proponen el concepto *autoestima colectiva*, que hace referencia a la evaluación propia de un individuo como miembro de un grupo. Esta valoración no sólo surge de la percepción personal, sino que también se forja con el valor otorgado por los miembros del grupo e incluso por cómo perciben externamente al grupo. Bailis y colaboradores (2008) han mostrado que la autoestima colectiva se relaciona con el bienestar psicológico y tiene mucho que ver con la integración social. Los resultados muestran que una alta autoestima colectiva ralentiza el desarrollo de enfermedades crónicas, propiciando la actividad física dentro del grupo, una elevada autoestima colectiva, y un rol social más exitoso, permitiendo incrementar los recursos de afrontamiento del individuo (Bailis et al., 2008).

La *presencia de contacto intergeneracional* favorable reduce la amenaza del estereotipo (Abrams et al., 2006). El contacto intergeneracional evita que las personas mayores se comparen con ese colectivo más joven con el que interactúa y, de este modo, no hay presencia de amenaza del estereotipo a la hora de ser evaluados por otras generaciones (que hacen las tareas más rápido). La amenaza del estereotipo repercute en el desempeño cognitivo (Hess et al., 2003), por eso la presencia de contacto intergeneracional aversivo puede llegar a acarrear efectos perjudiciales, como el aumento en los niveles de ansiedad o tiempo de ejecución y descenso del rendimiento cognitivo en la realización de tareas (Abrams et al., 2006). En cambio, si el contacto intergrupales es favorable, disminuye la probabilidad de que se den procesos exclusógenos. Un ejemplo de ausencia de interpretaciones amenazantes sería: “todos estamos haciendo una prueba”, en lugar de: “ellos lo hacen mejor que nosotros”. En la revisión de Abrams y colaboradores (2006), se ha mostrado que las relaciones grupales positivas reducen el prejuicio intergrupales siempre y cuando haya igualdad de estatus, metas comunes,

cooperación grupal y apoyo social entre los miembros de los distintos grupos, como sugirió la Teoría del Contacto Intergrupal (acuñado por Allport, 1954 y Pettigrew, 1998).

Además, se ha visto que la discriminación por edad percibida no sólo repercute en el bienestar, sino que también aumenta la *identificación con el grupo* (Fernández-Ballesteros et al., 2015). Sin embargo, el estudio de Weiss y Lang (2012) ha mostrado que identificarse con un grupo no siempre es un factor de protección porque el propio grupo puede estar asociado a un declive en el caso de que estén bajo amenazas del estereotipo y, bajo estas condiciones, realizar peores tareas de memoria o recuerdo libre al sentirse amenazados. Además, un estudio realizado por O'Brien y Hummert (2006) citado por Fernández-Ballesteros y colaboradores en el año 2015 ha mostrado cómo los procesos de identificación no sólo son perjudiciales para las personas mayores en grupos de sus mismos colectivos, sino que también les afecta a personas de mediana edad que se identifican con personas mayores.

La *toma de perspectiva* es un esfuerzo cognitivo para apreciar el punto de vista del otro, aunque si éste es muy elevado puede acarrear consigo juicios implícitos sesgados que se alejan de apreciar de manera genuina el punto de vista de la otra persona (Vorauer, 2009). Se ha visto que esta variable tiene un impacto favorable en la cognición social al reducir razonablemente los estereotipos hacia personas externas por adoptar las perspectivas de personas ajenas. Sun y colaboradores (2016) han mostrado que la necesidad de cierre cognitivo es una variable influyente en la toma de perspectiva: si ésta es baja, hay una mayor capacidad para reducir estereotipos, mientras que, si es alta, ocurre lo contrario. El cierre cognitivo alude a la preferencia por la estructura, previsibilidad, orden o incomodidad ante la ambigüedad, es decir, a la necesidad de obtener una respuesta sin que haya confusión o ambigüedad, constructo que, tras la revisión de Sun y colaboradores (2016), parece ser clave a la hora de tomar perspectiva al tener efectos positivos como la disminución de estereotipos, el aumento del colectivismo y la presencia de conductas de carácter social y positivas (conductas positivas). Por tanto, si una persona puntúa alto en cierre cognitivo, tenderá a describir a las personas mayores con rasgos edadistas, mientras que, si es bajo, el nivel de empatía y la ausencia de estereotipos será mayor (Sun et al., 2016). De hecho, una puntuación baja en cierre cognitivo es un factor de protección para la asimilación del estereotipo cuando estas personas sean mayores (Swift et al., 2017). De todos modos, tal y como afirman Skorinko y Sinclair (2013), si las personas que van a ser objeto de toma de perspectiva coinciden con el estigma, la toma de perspectiva dañará más a la persona.

En definitiva, la toma de perspectiva es una variable protectora para uno mismo (evita la asimilación del estereotipo cuando avanzas en edad) o para los demás (protege del edadismo) a la hora de evitar estigmatizaciones, siempre y cuando los miembros del grupo externo no confirmen el estereotipo que ya esté arraigado en la persona que trata de empatizar (Sun et al., 2016), porque sino esto aumentaría el estigma perpetuándolo y haciendo más vulnerable a la persona y/o colectivo (Skorinko y Sinclair, 2013). En el caso del edadismo, la probabilidad de que las personas mayores cumplan con el estereotipo es muy elevada, sabiendo que la mitad de la población es edadista hacia las personas mayores (OMS, 2020).

Otra línea de investigación se ha centrado en el estudio de las variables mediadoras sobre la discriminación percibida por el propio mayor. El modelo de Pascoe y Smart Richman (2009) nos muestra la existencia de unas variables mediadoras capaces de intervenir contra las respuestas de estrés elevadas y las conductas poco saludables. Aunque como los propios autores resaltan, en el caso de que la percepción de discriminación sea muy elevada y sobrepase el umbral de la persona, no jugarán ningún papel las variables mediadoras e influirán de manera directa en la salud física y mental sin mediación de ninguna variable protectora.

Las *variables mediadoras* capaces de mitigar estos efectos en la salud, cumpliendo una función protectora son: el apoyo social, el estilo de afrontamiento (e.g. la confrontación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social) y la identidad grupal (Pascoe y Smart Richman, 2009). A continuación, iremos plasmando cómo interviene cada variable mediadora.

El apoyo social permite que se reconstruya la autoestima del individuo dañado, aunque sólo si la discriminación percibida experimentada es baja (Pascoe y Smart Richman, 2009). En el caso de que sea muy elevada, no intermedia en la relación discriminación percibida – salud al superar el umbral del individuo.

El estilo de afrontamiento logra cuestionar la robustez de los acontecimientos discriminatorios, aunque como ocurre con el apoyo social, tan sólo en situaciones en las que los niveles de estrés no sean muy elevados. De todas maneras, se ha mostrado que un afrontamiento activo contra la discriminación percibida es mucho más efectivo que uno pasivo (Yoo et al., 2005, como se citó en Pascoe y Smart Richman, 2009).

La identidad grupal impide la introyección de estereotipos en uno mismo, es decir, permite que se disminuya el estrés originado a partir de la discriminación (Pascoe y Smart Richman, 2009). De todos modos, Noh y colaboradores (1999) mostraron que la identidad

de grupo también podría ser un factor de riesgo porque, a pesar de que mitigaba el efecto de la discriminación y era más difícil que se incorporase en uno mismo, este fenómeno de identidad de grupo podría generar un exceso de guardia a posibles situaciones discriminatorias y acrecentar las veces que se apreciase la discriminación, como si de un estilo paranoide o hipervigilante se tratara. Así, en rasgos generales, una elevada identificación grupal disminuye los efectos de la discriminación percibida en la salud (Pascoe y Smart Richman, 2009).

6. Discusión

Vivimos en una sociedad envejecida, que va a serlo aún más en los años venideros, y que además es edadista con las personas mayores. Ante esta situación, el análisis del edadismo, sus efectos en la consecución del EnAct, posibles factores protectores, cómo evaluarlo e intentar erradicarlo, emergen como aspectos centrales en este trabajo.

Tras la revisión realizada, se han analizado los riesgos del edadismo en el EnAct. Siguiendo las tres vías planteadas por Swift et al. (2017), se observa que la primera vía, la asimilación del estereotipo, pone el énfasis en el papel del resto de colectivos a la hora de proyectar sus estereotipos hacia las personas mayores para evitar que pasen a ser un autoestigma con repercusiones negativas a largo plazo en la obtención del EnAct, motivado por la influencia del ambiente a lo largo de la vida al convertir los estereotipos culturales en autoestereotipos. Estar en un ambiente edadista, en el que se impregnan emociones, conductas y cogniciones estigmatizantes hacia las personas mayores, aumenta la probabilidad que se induzca el autoestereotipo, con su correspondiente percepción negativa del propio proceso de envejecer una vez que alcancen esta etapa vital, viviendo la vejez como enfermedad, deterioro y sufrimiento, con repercusión en la salud y longevidad a largo plazo (Levy, 2009) aumentando además la posibilidad de desarrollar sintomatología depresiva (Han y Richardson, 2015). Por lo tanto, se podría pensar que el edadismo no sólo trasciende a algo externo, sino que es un constructo con repercusiones en todas las categorías ambientales (Bronfenbrenner, 1979), es decir, la discriminación por edad es un constructo con influencia externa e interna como hemos ido viendo con la influencia de la asimilación del estereotipo y la amenaza del estereotipo en uno mismo con sus respectivas influencias a largo plazo en el logro del EnAct.

Por otro lado, que las personas perciban esta discriminación también influye de manera negativa y directamente proporcional en el EnAct (Fernández-Ballesteros et al.,

2017). La investigación muestra que tener una modificación en la discriminación percibida cambia el estado de ánimo negativo y, por ende, la sintomatología depresiva durante 4 años al impedir que haya una autopercepción negativa hacia el propio envejecimiento (autoestereotipo). Esto supone que la propia percepción de uno mismo con respecto a su envejecimiento está completamente relacionada con la discriminación percibida y la sintomatología depresiva (Han y Richardson, 2015). Por último, cabe destacar que la autopercepción de envejecimiento no es el único factor de protección para el EnAct, sino que parece que la sensación de control es otra variable muy favorecedora para el logro del mismo (para una revisión, véase Fernández-Ballesteros, 2008), aunque, existen estudios contradictorios (Luo et al., 2020).

La repercusión del edadismo se puede observar en todos y cada uno de los pilares del EnAct (Urrutia, 2018), por lo que es necesario desarrollar estrategias que incluyan a todos los pilares, así como políticas antiedadistas rigurosas (Sánchez-Izquierdo et al., 2022) capaces de tener en cuenta todos estos elementos. Así, desde este enfoque multidimensional, no sólo se prestaría atención a las personas mayores, sino también al resto de los grupos sociales incluyendo a los más pequeños del hogar (Urrutia, 2018), permitiendo la consecución del EnAct para futuras generaciones. De todos modos, a día de hoy, los resultados siguen siendo desconocidos debido a la variabilidad cultural, heterogeneidad de esta población y la falta de escalas objetivas que midan las tres dimensiones del edadismo (Ayalon et al., 2019).

Otro de los objetivos de este trabajo ha sido profundizar en los factores protectores frente al edadismo. Si bien se ha encontrado consenso en prácticamente todos los factores protectores mencionados a lo largo del trabajo, los estudios centrados en la autopercepción del envejecimiento relacionado con el control (Luo et al., 2020) y la autoeficacia (Steward y Hasche, 2022), han arrojado resultados contradictorios. Esto se puede deber a problemas metodológicos relacionados con la medición de la sensación de control en la autopercepción del envejecimiento. En esta, posiblemente, el edadismo benevolente juegue un papel importante haciéndoles creer que estamos otorgándoles un control que no es cierto y viceversa (por percibirles como incompetentes y transmitirlo indirectamente), influyendo así en la propia percepción de envejecer al no otorgarles una sensación de control real por conductas paternalistas. Por otro lado, la percepción de autoeficacia es diferente en función de la etapa vital en la que se encuentre un individuo. Una posible razón es que las investigaciones de autoeficacia estén más enfocadas hacia el éxito representado por las ideas de los adultos jóvenes, dejando de lado la perspectiva

de autoeficacia de las personas mayores, constructo más orientado hacia la autonomía y autovalía.

Al analizar las consecuencias del edadismo en el logro del EnAct a través del modelo Ecológico y Transaccional de Bronfenbrenner (1979), se destaca la importancia del entorno en la salud física y mental de las personas mayores y del mundo que les rodea, al ser el entorno el que le influye a este colectivo y este colectivo quienes influyen en el entorno. A pesar de que el edadismo parezca un constructo alimentado por el macrosistema, cada individuo, como ser único y genuino, es capaz de responsabilizarse de sus vidas, actos y decisiones para afrontar dificultades y percibir las como aversión, alegría o reto (Lazarus et al., 1984, como se citó en Biggs et al., 2017) siempre y cuando estén en entornos/grupos seguros y de protección (Fernández-Ballesteros et al., 2015) para que se aumente la probabilidad de que la persona mayor haga interpretaciones sanas y positivas hacia estímulos aversivos fruto del edadismo.

Los factores de protección individuales y grupales contra el edadismo parecen tener un rol más importante en el individuo que las leyes antiedadistas del macrosistema. Esto se debe al papel fundamental de los factores ambientales y conductuales en el proceso de envejecer junto con las variables individuales y grupales a la hora de proteger a las personas mayores de la discriminación por edad, si no hay presencia de estigmatizaciones arraigadas desde la infancia (asimilación del estereotipo). De esta manera se evitaría la presencia del edadismo intrapersonal y autodirigido (McLeroy et al., 1988, como se citó en Sallis y Owen, 2015).

Asimismo, la labor del grupo y del microsistema es fundamental a la hora de proteger a las personas mayores de la discriminación por edad y, en consecuencia, lograr el EnAct. Tras recopilar el papel fundamental de las variables mediadoras grupales como factores de protección frente al edadismo, se ha visto que es determinante siempre y cuando la identificación con el grupo no esté bajo la amenaza del estereotipo (Swift et al., 2017; Weiis et al., 2012), y que la toma de perspectiva no se haga desde estereotipos arraigados que coincidan con el objeto (la persona mayor) con el que se quiere empatizar (Sun et al., 2016). Además, tras la revisión narrativa, no sólo hemos recopilado una gran cantidad de aspectos protectores contra el edadismo, sino también hemos confirmado el papel fundamental del contacto intergeneracional como propuestas de intervención con mayor futuro para conseguir el envejecimiento activo (Urrutia, 2018), evitando de este modo la asimilación del estereotipo en grupos jóvenes (Swift et al., 2017) y la amenaza del estereotipo en personas mayores (Abrams et al., 2006). De esta forma se podrían crear

programas de intervención que integren la intergeneracionalidad junto con algunos aspectos protectores del edadismo con el objeto de evitar dinámicas regidas por el edadismo hostil o benevolente (Cary et al., 2017), para así lograr con mayor probabilidad la consecución del EnAct. De hecho, las intervenciones intergeneracionales han mostrado una gran eficacia en estudios sobre envejecimiento (Abrams et al., 2006; Abrams et al., 2008).

Además, para poder luchar contra el edadismo se hace necesario contar con un cuestionario que nos permita evaluar de manera clara y precisa el edadismo en diferentes contextos y culturas. En este estudio se han analizado las diferentes escalas propuestas, no encontrando ninguna escala que recoja los distintos aspectos incluidos (estereotipos, prejuicios y discriminación) ni con fiabilidad y validez significativa (Officer y de la Fuente-Núñez, 2018). Actualmente tan sólo existen escalas que miden alguno de los tres componentes del edadismo (discriminación, estereotipos y prejuicios), pero no todos ellos (para una revisión ver Ayalon et al., 2019). Además, Fernández-Ballesteros y colaboradores (2017) han encontrado diferencias culturales significativas entre la influencia del edadismo y discriminación percibida en la consecución del EnAct, lo que complejiza aún más la posibilidad de extraer resultados concluyentes y generalizados a nivel global sobre los efectos adversos del edadismo en el logro del EnAct (Ayalon et al., 2019). Asimismo, el EnAct es un constructo multidimensional que tampoco podemos operativizar mediante criterios simples y aislados (Fernández-Ballesteros et al., 2010), sino que se necesitan medidas estándar para diferenciar las medidas objetivas y subjetivas a nivel individual y así evitar disparidad de resultados entre unas medidas u otras como ocurre en la actualidad (Fernández-Ballesteros et al., 2008), lo que dificulta aún más la relación entre edadismo y repercusiones en el logro del EnAct al haber complicaciones metodológicas en ambos constructos. Por ahora, tan sólo existe el “Cuestionario de Expectativas de Envejecimiento” capaz de medir estereotipos hacia uno mismo y hacia los demás con buenos datos psicométricos en cuanto a la validez de contenido, estructural y consistencia interna, aunque sigue faltando un cuestionario que incluya los prejuicios y la discriminación para medir el edadismo en su totalidad.

Por último, en el caso de los cuidadores, consideramos que no podemos poner el foco del tratamiento única y exclusivamente en las personas mayores con ideas que culpabilizan a sus cuidadores, sino que tendríamos que arroparles a ellos también con el objeto de evitar que tengan actitudes desfavorables hacia sus objetos de cuidado (Loera et al., 2014). De esta manera, lograremos que estén satisfechos en su trabajo y que las

personas mayores reciban el trato digno y eficaz que se merecen, sin caer en relaciones de paternalismo y/o edadismo hostil (Cary et al., 2017).

Por lo tanto, para promocionar un EnAct es necesario tener una mirada global que acoja la influencia del edadismo, la discriminación percibida y las variables mediadoras de estos estigmas, teniendo en cuenta el papel de la sociedad y el propio individuo para así poder evaluar y crear programas teniendo en cuenta los distintos sistemas en los que está inmerso la persona.

En resumen, el EnAct es un concepto multidimensional cuyo logro o consecución puede verse afectado desde las diferentes categorías ambientales: tratos deplorables hacia este colectivo por parte de la sociedad o de los propios cuidadores (microsistema o exosistema), edadismo y discriminación percibida (mesosistema) y políticas o medios de comunicación edadistas (macrosistema), e incluso por ellos mismos si tienen una visión negativa de la vejez por la asimilación del estereotipo o, una vez siendo mayores, por la amenaza del estereotipo. El edadismo no sólo repercute de manera negativa en las personas mayores, sino que también le afecta al resto de ciudadanos cuando llegan a esta etapa vital (por la asimilación del estereotipo) y por la gran cantidad de gastos económicos, de ahí el énfasis en la influencia recíproca (Bronfenbrenner 1979). De todos modos, los últimos estudios están haciendo demasiado énfasis en variables individuales olvidando las más estructurales, aspecto que desvanece el reconocimiento de la labor central que desempeñan las instituciones en el aumento de edadismo hacia las personas mayores con sus políticas o medios de comunicación edadistas, entre otros.

En definitiva, si se quiere luchar contra el edadismo, es fundamental abordarlo desde intervenciones top – down (a nivel macrosistémico o exosistémico mediante políticas antiedadistas, entre otras cosas) y, sobre todo, bottom – up (individuo, microsistema y mesosistema), al ver el papel fundamental de las variables mediadoras a la hora de disminuir los efectos nocivos del edadismo (que dependen de uno mismo y de núcleos más cercanos), así como para concienciar sobre la importancia de la percepción de uno mismo en su forma de envejecer desde que se encuentran en las primeras etapas vitales para así lograr el EnAct cuando lleguen a la vejez. Si conseguimos hacer un abordaje bidireccional combatiríamos el edadismo y disminuiríamos sus efectos perjudiciales en el logro del EnAct, haciendo un abordaje que integre los 4 pilares del EnAct porque se trabajaría en los dominios individuales y estructurales como los mencionados por Chang y colaboradores (2020). Al final, los abordajes top-down tienen influencia directa en el individuo, pero si el propio individuo tiene capacidad participativa

y de control a la hora de decidir y verbalizar qué le está ayudando o cómo podría mejorar, los efectos serían mucho más beneficiosos a corto y largo plazo. De todos modos, deben estar supervisadas por profesionales en este campo con el objeto de evitar caer en el edadismo benevolente al percibir a este colectivo como afable, pero incompetente y perpetuar de manera indirecta el edadismo cuando el objetivo de las intervenciones busca lo contrario. Así, evitaríamos programas basados en el paternalismo que mermen una vez más la autonomía, libertad y sensación de control de la persona mayor por el uso de conductas sobreprotectoras fruto de estereotipos benevolentes.

7. Conclusiones

El edadismo tiene repercusión directa en el logro del envejecimiento activo, aunque existen variables mediadoras capaces de protegernos del mismo.

Hasta el momento no existen instrumentos de evaluación capaces de medir los efectos perjudiciales del edadismo de manera objetiva y universal, lo que complica la posibilidad de ver los beneficios de determinados programas antiedadistas. Esta limitación impide que se puedan cuantificar de manera objetiva los efectos del edadismo en el logro del envejecimiento activo y, en consecuencia, conocer qué variables son más eficaces a la hora de proteger contra el edadismo, repercutiendo no sólo en las personas mayores, sino también en el resto de la población.

8. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Tras la revisión realizada hemos destacado tres problemas fundamentales a la hora de evaluar el edadismo. En primer lugar, las escalas desarrolladas hasta el momento no miden los tres componentes del edadismo sino solo uno de ellos (estereotipos), por lo que no tienen en cuenta la multidimensionalidad del constructo. En segundo lugar, cuando hablan de actitudes hacia la vejez o el envejecimiento, el concepto “actitudes” no está bien delimitado en su clasificación y no se sabe si se trata de un estereotipo o de un prejuicio. En tercer lugar, muchos estudios han medido el edadismo con una población concreta, lo que imposibilita que se puedan generalizar las conclusiones.

Por otro lado, al no haber escalas que evalúen de manera objetiva el edadismo, es difícil evaluar de manera realista el grado de edadismo en la actualidad, así como el grado de eficacia de las actividades que se están desarrollando para combatirlo. De la misma forma, faltan escalas que midan el edadismo implícito y que tengan en cuenta que se trata

de un concepto multidimensional que puede ir enfocado hacia uno mismo o hacia los demás, ser positivo o negativo y que se presenta de forma implícita y explícita (Ayalon et al., 2019). Además, hace falta evaluar los programas antiedadistas desde todas sus dimensiones, apostando por un trabajo interdisciplinar y basado en el modelo biopsicosocial, con el fin de evitar que la literatura científica vaya por un lado y las instituciones por otro.

Por último, entre los posibles factores protectores, es necesaria una mayor investigación acerca del papel de la autoeficacia y la sensación de control en la autopercepción del envejecimiento.

9. Bibliografía

Abrams, D., Crisp, R. J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L., & Provias, D. (2008). Threat inoculation: experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychology and aging*, 23(4), 934–939. <https://doi.org/10.1037/a0014293>

Abrams, D., Eller, A., & Bryant, J. (2006). An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychology and Aging*, 21(4), 691–702. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.21.4.691>

Álvarez-García, J., Durán-Sánchez, A., del Río-Rama, M., & García-Vélez, D. (2018). Active ageing: Mapping of scientific coverage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 27-27. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122727>

Apriceno, M., Lytle, A., Monahan, C., Macdonald, J., & Levy, S. R. (2021). Prioritizing Health Care and Employment Resources during COVID-19: Roles of Benevolent and Hostile Ageism. *Gerontologist*, 61(1), 98–102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa165>

Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulionienė, S., Perek-Białas, J., Rapolienė, G., Stypinska, J., Willińska, M., & de la Fuente-Núñez, V. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Research Reviews*, 54, 100-919. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>

- Bailis, D. S., Chipperfield, J. G., & Helgason, T. R. (2008). Collective self-esteem and the onset of chronic conditions and reduced activity in a longitudinal study of aging. *Social Science and Medicine*, 66(8), 1817–1827. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.028>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 351–364). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Butler R. N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243
- Cary, L. A., Chasteen, A. L., & Remedios, J. (2017). The ambivalent ageism scale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. *The Gerontologist*, 57(2), e27–e36. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw118>
- Chang, E., Kanno, S., Levy, S., Wang, S., Lee, J., & Levy, B. (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>
- Crisp, R. J., & Abrams, D. (2008). Improving intergroup attitudes and reducing stereotype threat: An integrated contact model. *European Review of Social Psychology*, 19(1), 242–284. <https://doi.org/10.1080/10463280802547171>
- Cuddy A., J., Norton M. I., Fiske S.T. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*; 61(2):267–85. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>

- Fernández-Ballesteros García, R., Zamarrón Casinello, M. D., López Bravo, M. D., Molina Martínez, M. ángeles, Díez Nicolás, J., Montero López, P., & Schettini Del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active aging. The contribution of psychology. Gottingen: Hogrefe & Huber (hay traducción española: Pirámide, 2009).
- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., & Huici, C. (2015). Positive Perception of Aging and Performance in a Memory Task: Compensating for Stereotype Threat? *Experimental Aging Research*, 41(4), 410–425. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2015.1053757>
- Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, L., Efklides, A., Kornfeld, R., Lerma, A. J., Mendoza-Nuñez, V. M., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Orosa, T., Paúl, C., & Patricia, S. (2008). Lay concept of aging well: cross-cultural comparisons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 950–952. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01654.x>
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., & Molina, M. A. (2017). The role of perceived discrimination on active aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.004>
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/298012>
- Fernández-Ballesteros R., Sánchez-Izquierdo M., & Santacreu M. (2021). Active Aging and Quality of Life. En: Rojo-Pérez F., Fernández-Mayoralas G. (eds). *Handbook of Active Ageing and Quality of Life. International Handbooks of Quality-of-Life*. (pp. 15 – 42). Springer.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & 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>

Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group, Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizzetti, A. R., Éthier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-Lussier, M., ... Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us?. *Age and ageing*, 49(5), 692–695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>

Gibbons, F. X., O'Hara, R. E., Stock, M. L., Gerrard, M., Weng, C.-Y., & Wills, T. A. (2012). The erosive effects of racism: Reduced self-control mediates the relation between perceived racial discrimination and substance use in African American adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(5), 1089–1104. <https://doi.org/10.1037/a0027404>

Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491–521. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>

Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health*, 19(8), 747–755. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962007>

Hess TM, Auman C, Colcombe SJ, Rahhal TA. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 3–11. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.1.p3>

Hijas-Gómez, A. I., Ayala, A., Rodríguez-García, M. P., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Laso, A., Calderón-Larrañaga, A., & Forjaz, M. J. (2020). The WHO active ageing pillars and its association with survival: Findings from a population-based study in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90(May), 104114. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104114>

- Iversen, T. N., Larsen, L., & 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>
- Kalache, A., Plouffe, L., & Voelcker, I. (2015). *Envejecimiento activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad*. Centro Internacional de Longevidad de Brasil.
- Kirkwood T. B. L. (2005). The Biological Science of Human Aging. In M.L. Johnson (Ed.), *Age and Ageing* (pp.72-84). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, *30*(1), 180-193. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038586>
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment. A Psychosocial Approach to Ageing. *Current Direction in Psychological Science*, *18*, 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.
- Levy, B. R., Pilver, C. E., & Pietrzak, R. H. (2014). Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted. *Social Science & Medicine*, *119*, 170-174. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06>.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & 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., & Gill, T. M. (2012). Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*, *308*(19), 1972–1973. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>
- Levy, B.R. (2017) Age-stereotype paradox: opportunity for social change. *Gerontologist*, *57*, S118–S26.
- Loera, B., Converso, D., & Viotti, S. (2014). Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian

- nurses: how many factors must a researcher consider?. *PloS one*, 9(12), e114987.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114987>
- Luo, M. S., Li, L. W., & Chui, E. W. T. (2020). Self-perceptions of aging and control of life in late adulthood: Between-person and within-person associations. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 1281. <https://doi.org/10.1177/0898264320917303>
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPSE. *American journal of epidemiology*, 157(7), 633–642.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwg028>
- Naciones Unidas (1982). *Plan de Acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Viena: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*. Madrid: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Nueva York, 62 p.
- Noh, S., Beiser, M., Kaspar, V., Hou, F., & Rummens, J. (1999). Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3), 192–207.
- Officer, A., & de la Fuente-Núñez, V. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(4), 295–296.
<https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554.
<https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266.
[doi:10.1207/s15324834basp2304_2](https://doi.org/10.1207/s15324834basp2304_2)

- Priest, N., Paradies, Y., Trenerry, B., Truong, M., Karlsen, S., & Kelly, Y. (2013). A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Social science & medicine* (1982), 95, 115–127.
- Ribera Casado, J. M., Bustillos, A., Guerra Vaquero, A. I., Huici Casal, C., & Fernández-Ballesteros, R. (2016). ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51(5), 270–275. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.005>
- Ribera, J. M., & Gil, P. G. (2011). 4 Presentación 6 La Columna del Presidente. *Gaceta*, 37.
- Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2018). La calidad de vida en la población mayor. *Panorama social*, 28, 49-73.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sallis, J. F., & Owen, N. (2015). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. "V." Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 43–64). Jossey-Bass/Wiley.
- Sánchez-Izquierdo, M., García-Sánchez, R., & Fernández-Ballesteros, R. (2022). Anti-Ageism Social Actions: Lights and Shadows. *Land*, 11(2), 195. <https://doi.org/10.3390/land11020195>
- SEGG (2021). “VAMOS A BUSCAR UNA SOLUCIÓN SOBRE LA DEFINICIÓN DE VEJEZ COMO ENFERMEDAD” (nota de prensa). <https://www.segg.es/actualidad-segg/2021/09/01/vamos-a-buscar-una-solucion-sobre-la-definicion-de-vejez-como-enfermedad>
- Skorinko, J. L., & Sinclair, S. A. (2013). Perspective taking can increase stereotyping: The role of apparent stereotype confirmation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.07.009>

- Steele, C. M. (2010). *Whistling Vivaldi: And other clues to how stereotypes affect us* (Issues of our time). New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 797–811. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.797>
- Stewart, T. L., Chipperfield, J. G., Perry, R. P., & Weiner, B. (2012). Attributing illness to 'old age:' consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology & health*, *27*(8), 881–897. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630735>
- Steward, A., & Hasche, L. (2022). Exploring Lifestyle Activities to Reduce Internalized Ageism: Self-Efficacy as a Mediator Between Exercise, Volunteering, Computer Use, and Self-Perceptions of Aging. *International Journal of Aging and Human Development*, *94*(3), 255–272. <https://doi.org/10.1177/00914150211024175>
- Sun, S., Zuo, B., Wu, Y., & Wen, F. (2016). Does perspective taking increase or decrease stereotyping? The role of need for cognitive closure. *Personality and Individual Differences*, *94*, 21–25. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.001>
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & 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>
- Top, M., & Dikmetaş, E. (2015). Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, *18*(2), 288–300. <https://doi.org/10.1111/hex.12032>
- Urrutia Serrano, A. (2018). Envejecimiento activo: un paradigma para comprender y gobernar / Active ageing: A paradigm for understanding and governing. *Aula Abierta*, *47*(1), 29. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.29-36>
- Vorauer, J. D., Martens, V., & Sasaki, S. J. (2009). When trying to understand detracts from trying to behave: Effects of perspective taking in intergroup interaction.

Journal of Personality and Social Psychology, 96(4), 811–827.
<https://doi.org/10.1037/a0013411>

Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2016). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European journal of ageing*, 14(1), 81–98.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8>

Weiss, D., & Lang, F. R. (2012). The two faces of age identity. *GeroPsychology*, 25, 4–14.

Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20–47. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>

World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.

World Health Organization (2019). *A society is measured by how it cares for its elderly citizens*. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/a-society-is-measured-by-how-it-cares-for-its-elderly-citizens>

World Health Organization (2020). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

World Health Organization (2021). *Ageism is a global challenge*: UN. <https://www.who.int/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>

World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.

10. Material Suplementario

S.1. Diseño del Estudio

El objetivo de este estudio ha sido identificar la repercusión del edadismo en la consecución del envejecimiento activo a través de los cuatro pilares del mismo. Además, se han destacado algunas variables mediadoras para mitigar los efectos adversos del edadismo y, en consecuencia, promover la consecución del envejecimiento activo. Para conseguir este objetivo, se trató de responder a las siguientes preguntas encontradas en la literatura:

- ¿Qué es el edadismo? ¿qué es el envejecimiento activo?
- ¿Qué riesgos tiene el edadismo en la consecución del envejecimiento activo?
- ¿Qué variables mediadoras nos protegen del edadismo?
- ¿Existe alguna escala con fiabilidad y validez significativa para medir, evaluar y cuantificar el edadismo en diferentes contextos?

La mayoría de las publicaciones científicas pertenecen al año 2006 en adelante, exceptuando ciertos artículos que fueron necesarios para comprender las bases que subyacían al constructo (edadismo). Entre todas las publicaciones destacan artículos, revistas e informes.

La búsqueda bibliográfica para poderle dar respuesta a las preguntas se llevó a cabo en PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection y APA PsycInfo. También se utilizaron otros documentos como revistas de alto impacto, conferencias y revisiones de informes de la OMS.

En las bases de datos se emplearon diferentes palabras clave relacionadas con el objeto de encontrar evidencias sobre *edadismo* y *envejecimiento activo* (filtrando la búsqueda en “población de la tercera edad” o “mayores de 65 años”).

Tabla 1. Palabras claves utilizadas para encontrar información relevante sobre edadismo y envejecimiento activo

Palabra clave principal.	Palabras claves relacionadas.
Ageism	Intergenerational contact OR stereotype threat OR scale OR ecological systems theory OR protective factors OR determinants OR risk factors OR COVID-19
AND	
Active ageing	

En total se encontraron aproximadamente 123,544 artículos, aunque, velando por el principio de no maleficencia y sin intención de manipular números o datos, realmente hubo otros artículos o revistas que se extrajeron siguiendo parámetros diferentes y sin seguir firmemente esta ecuación de búsqueda, lo que supone que la N final no tiene máxima fiabilidad. De hecho, los artículos previos al 2006 siguieron parámetros de búsqueda diferentes. Posteriormente, tras un screening de títulos y abstracts se eliminaron artículos duplicados o aquellos que no respondían al objeto de estudio. Finalmente, se ha trabajado con un total de 92 documentos científicos que respondían a aquello que se estaba buscando. Todas las publicaciones seleccionadas se encuentran en el apartado de bibliografía al final del trabajo.

S.2. Aproximación a los Pilares Restantes del Envejecimiento Activo

Después de ver las repercusiones negativas del edadismo en el logro del envejecimiento activo, concretamente en el pilar de la salud, veremos cómo aparece el edadismo en el resto de los pilares. Como veremos a continuación, los psicólogos también tienen un papel imprescindible en estos pilares al ser igual de importantes y necesarios para la consecución del envejecimiento activo.



Figura 1. Pilares del envejecimiento activo. Adaptado de OMS (2002). Fuente: elaboración de Aitor Urrutia (2018).

Edadismo en el Ámbito de la Participación

La participación alude a la inclusión de este colectivo en actividades sociales, cognitivas, físicas, económicas, recreativas, políticas y culturales con el objeto de que tengan un sentido de pertenencia y propósito dentro de la sociedad (e.g. Álvarez-García et al., 2018; Hijas-Gómez et al., 2020). Es por ello por lo que uno de los focos de trabajo en los dos Planes Internacionales de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas aprobados en Viena en 1982 y en Madrid en 2002 haya sido actuar en contra de las imágenes negativas sobre la vejez.

En este sentido, el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento considera que las imágenes positivas son una condición esencial de toda política sobre envejecimiento, ello alude, esencialmente, a imágenes sociales en las que los medios de comunicación y las políticas legislativas tienen una importancia prioritaria. Además, los medios de comunicación tienen mucha relevancia a la hora de difundir ideas discriminatorias, estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores, sobre todo en situaciones de crisis o vulnerabilidad a pesar de que la edad no sea un factor concluyente (Fraser et al, 2016).

Es por ello por lo que resulta fundamental, tal y como ha resaltado la OMS (2021), desarrollar estrategias, junto con planes de acción políticos y sociales que ayuden a combatir el edadismo, mediante protocolos capaces de comprobar la eficacia de las medidas llevadas a cabo (porque aún no existen escalas universales ni fiables para evaluar el edadismo).

Edadismo en el Ámbito de la Seguridad

Este pilar tiene como objetivo cumplir con la seguridad física y ambiental, garantizando en todo momento seguridad financiera, provisión de alimentos, así como de acceso a servicios sanitarios, sociales, una vivienda y cuidados a largo plazo en el caso de que lo necesiten (e.g. Álvarez-García et al., 2018; Hijas-Gómez et al., 2020).

Como ya hemos visto con el COVID – 19 y con el edadismo o la discriminación percibida hacia las personas mayores, existe una elevada tasa de abuso y maltrato hacia este colectivo en todas sus dimensiones. Dentro de las formas de maltrato, se podría incluir el de algunos cuidadores en los que la responsabilidad y la falta de apoyo deriva en tensión emocional y repercusiones a nivel físico y mental (llegando a la despersonalización) (Loera et al., 2014). Esto se podría relacionar con el síndrome del cuidador quemado, fenómeno que ocurre cuando las personas encargadas de velar por la persona mayor acaban sintiendo una enorme fatiga y estrés que deriva en efectos negativos en la salud mental del cuidador y en los cuidados que ofrece (Meana, 2016). Con este estado general, tienden a desvanecer su compromiso en el trabajo (Loera et al., 2014), lo que perjudica de manera directa a las personas mayores en el trato recibido.

Edadismo en el Ámbito del Aprendizaje a lo Largo de la Vida

El aprendizaje a lo largo de la vida alude a la importancia de acceder a todo tipo de información con el objeto de mantener una salud adecuada y estar actualizado en la sociedad pudiendo tener un rol relevante y comprometido con la misma (e.g. Álvarez-García et al., 2018; Hijas-Gómez et al., 2020).

Este pilar fue el último que se añadió y no fue hasta el 2010, con la VI Conferencia Internacional de Educación de Adultos, cuando se mencionó que el aprendizaje a lo largo de la vida debía ser fundamental, ya que el derecho a la educación debe ser ejercido y disfrutado por jóvenes y adultos (Urrutia, 2018).

Dentro de las formas de aprendizaje, existen muchos aspectos psicológicos que se pueden trabajar, como la gratitud, la valentía o el autocontrol, entre otros. En el caso de la gratitud, ha mostrado ser un buen predictor del bienestar mental, afrontamiento del estrés, relaciones sociales saludables y emociones positivas (DeWall et al., 2012).

En definitiva, la literatura nos muestra que el entrenamiento en fortalezas internas debe ser un campo de trabajo para todo tipo de colectivos, debido a que objetivan resultados significativos para el bienestar psicológico, niveles de satisfacción y felicidad en las personas mayores (Ramírez et al., 2015). Uno de los muchos ejercicios que podría ayudar a incrementar el bienestar de las personas mayores es escribir un diario de *gratitud* recordando aquellas situaciones vividas que fueron gratificantes (Kaczmarek et al., 2015). Con este tipo de aprendizaje, se lograría que las personas, incluyendo a las personas mayores, empleen su potencial para tener una vida llena con ellos mismos y con su entorno, logrando así que encaren nuevos retos y tengan un papel más activo dentro de la sociedad mediante sus experiencias vitales (Ramírez et al., 2015).

DeWall, C. N., Lambert, N. M., Pond, R. S., Jr., Kashdan, T. B., & Fincham, F. D. (2012).

A grateful heart is a nonviolent heart: Cross-sectional, experience sampling, longitudinal, and experimental evidence. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 232–240. <https://doi.org/10.1177/1948550611416675>

Fraser, S. A., Kenyon, V., Lagacé, M., Wittich, W., & Southall, K. E. (2016). Stereotypes Associated With Age-related Conditions and Assistive Device Use in Canadian Media. *The Gerontologist*, 56(6), 1023–1032. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv094>

Kaczmarek, L. D., Kashdan, T. B., Drajzkowski, D., Enko, J., Kosakowski, M., Szäefer, A., & Bujacz, A. (2015). Why do people prefer gratitude journaling over gratitude letters? The influence of individual differences in motivation and personality on web-based interventions. *Personality and Individual Differences*, 75, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.004>

Meana, R. J. (2016). Salud Mental, Compasión y la Vida Humana felizmente vivida. *Sal Terrae*, 104, 213–226.

Ramírez-Fernández, E., Ortega-Martínez, A. R., & Martos-Montes, R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 187. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i2.111>

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