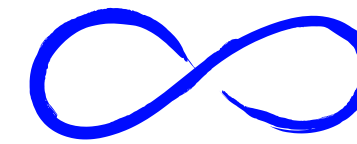




CAMPAÑA
MUNDIAL
CONTRA EL
EDADISMO

INFORME MUNDIAL SOBRE EL
EDADISMO



CAMPAÑA
MUNDIAL
CONTRA EL
EDADISMO

INFORME MUNDIAL SOBRE EL
EDADISMO

Versión oficial en español de la obra original en inglés
Global report on ageism
© World Health Organization, 2021
ISBN 978-92-4-001686-6 (electronic version)

Informe mundial sobre el edadismo
© Organización Panamericana de la Salud, 2021
ISBN: 978-92-75-32444-8 (impreso)
ISBN: 978-92-75-32445-5 (pdf)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: Informe mundial sobre el edadismo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

FPL/HL/2021

ÍNDICE

MENSAJE DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS	VII
PREFACIO	IX
AGRADECIMIENTOS	XI
ABREVIATURAS	XV
RESUMEN	XVII
INTRODUCCIÓN	XXIII
01 NATURALEZA DEL EDADISMO	1
1.1 definición del edadismo	2
1.2 cómo actúa y cómo surge el edadismo	9
1.3 Edadismo y otros "-ismos"	10
1.4 conclusiones y rumbo futuro	13
02 ESCALA DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS MAYORES	23
2.1 Edadismo institucional	24
2.2 Edadismo interpersonal	34
2.3 Edadismo autoinflingido	41
2.4 Conclusiones y rumbo futuro	41
03 EFECTOS DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS MAYORES	53
3.1 Efectos del edadismo en la salud	54
3.2 Efectos económicos del edadismo	62
3.3 Conclusiones y rumbo futuro	64
04 DETERMINANTES DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS MAYORES	73
4.1 Determinantes del edadismo interpersonal	75
4.2 Determinantes del edadismo autoinflingido	81
4.3 Conclusiones y rumbo futuro	82
05 ESCALA, EFECTOS Y DETERMINANTES DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS JÓVENES	91
5.1 Escala del edadismo contra las personas jóvenes	92
5.2 Efectos del edadismo contra las personas Jóvenes	95
5.3 Determinantes del edadismo contra las personas jóvenes	96
5.4 Conclusiones y rumbo futuro	99

06 ESTRATEGIA 1: POLÍTICAS Y LEYES	105
6.1 Qué son y cómo actúan	106
6.2 Qué resultados dan	108
6.3 Ejemplos	109
6.4 Características fundamentales y costos	114
6.5 Conclusiones y rumbo futuro	115
07 ESTRATEGIA 2: INTERVENCIONES EDUCATIVAS	127
7.1 Qué son y cómo actúan	128
7.2 Qué resultados dan	129
7.3 Ejemplos	130
7.4 Características fundamentales y costos	132
7.5 Conclusiones y rumbo futuro	135
08 ESTRATEGIA 3: INTERVENCIONES DE CONTACTO INTERGENERACIONAL	141
8.1 Qué son y cómo actúan	142
8.2 Qué resultados dan	143
8.3 Ejemplos	144
8.4 Características fundamentales y costos	149
8.5 Conclusiones y rumbo futuro	151
09 ESTRATEGIAS PROMETEDORAS	157
9.1 Campañas	158
9.2 Posibles estrategias para mitigar los efectos del edadismo	164
9.3 Conclusiones y rumbo futuro	165
10 EL CAMINO A SEGUIR	173
10.1 Recomendación 1: Invertir en estrategias basadas en la evidencia para prevenir y abordar el edadismo	174
10.2 Recomendación 2: Mejorar los datos y la investigación para lograr una mayor comprensión del edadismo y de la manera de reducirlo	177
10.3 Recomendación 3: Crear un movimiento para cambiar el discurso sobre la edad y el envejecimiento	180
10.4 Conclusiones	182
GLOSARIO	185
ÍNDICE ALFABÉTICO	191

MENSAJE DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS

El edadismo es un fenómeno generalizado en las instituciones, legislaciones y políticas de todo el mundo. Causa daño a la salud y la dignidad de las personas, así como a la economía y la sociedad en general. El edadismo niega a las personas sus derechos humanos y les impide alcanzar su pleno potencial.

A pesar de su presencia generalizada y sus repercusiones perjudiciales, continúa sin haber una base sólida de conocimientos respecto al edadismo, con investigación específica, información, datos desglosados y análisis sistemáticos de las tendencias. El propósito de este *Informe mundial sobre el edadismo* es subsanar esta brecha y destacar la necesidad de adoptar un enfoque innovador y basado en los derechos, que aborde las estructuras sociales, legislativas y políticas subyacentes que han respaldado durante muchos años determinados supuestos acerca de la "edad" a lo largo del curso de vida.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto terrible en las personas mayores. La solidaridad intergeneracional debe guiar nuestros esfuerzos en la etapa de recuperación. Las personas mayores han contribuido también de manera importante a responder a la crisis, como profesionales de la salud y como cuidadores. Así, por ejemplo, las mujeres están sobrerrepresentadas tanto en la población de personas mayores como en los cuidadores remunerados y no remunerados que las atienden.

Mi sinopsis de política sobre las personas mayores y la COVID-19, publicada en mayo del 2020, destaca la necesidad de reconocer las múltiples funciones que las personas mayores tienen en la sociedad (como cuidadores, voluntarios y líderes comunitarios) y subraya la importancia de escuchar la voz de las personas de todas las edades, valorando sus contribuciones y garantizando su participación relevante en la toma de decisiones.

Abordar el edadismo es esencial para crear un mundo más igualitario en el cual se respeten y se protejan la dignidad y los derechos de cada ser humano. Este es uno de los pilares de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el plan detallado acordado a nivel mundial para alcanzar un futuro de paz y prosperidad para todos en un planeta saludable. Es en ese espíritu que presento este informe a un amplio público de todo el mundo y manifiesto mi interés en colaborar con todos los asociados para cumplir la promesa de no dejar a nadie atrás.

PREFACIO

La COVID-19 ha afectado a personas de todas las edades de diferentes maneras. Sin embargo, más allá de las repercusiones del virus en sí, el discurso en torno a diferentes grupos etarios ha puesto de manifiesto un mal profundo y más antiguo: el edadismo. Las personas mayores son vistas a menudo como personas frágiles y vulnerables, mientras que a las personas jóvenes se las describe como invencibles, o bien como imprudentes e irresponsables. Los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) en relación con la edad no son nada nuevo; la COVID-19 no ha hecho más que amplificar estas actitudes perjudiciales.

Este informe mundial sobre el edadismo no podría aparecer en un momento más oportuno. Su mensaje principal es que podemos y debemos prevenir el edadismo y que incluso los cambios pequeños en la forma en que pensamos, sentimos y actuamos en relación con la edad y el envejecimiento aportarán beneficios para las personas y para las sociedades.

Este informe muestra que el edadismo es prevalente, ubicuo e insidioso en gran parte porque no es reconocido ni cuestionado. El edadismo tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas, y supone costos de miles de millones de dólares para las sociedades. En las personas mayores, el edadismo comporta una peor salud física y mental, un aumento del aislamiento social y la soledad, una mayor inseguridad económica, una reducción de la calidad de vida y una muerte prematura. En las personas más jóvenes, el edadismo se ha estudiado menos, pero se ha informado su presencia en áreas como el empleo, la salud y la vivienda. A lo largo del curso de vida, el edadismo interactúa con el capacitismo, el sexismo y el racismo, lo cual aumenta las desventajas.

Para poder cumplir las perspectivas de desarrollo duradero y ampliamente mejorado que subyacen en la base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, debemos cambiar el discurso sobre la edad y el envejecimiento. Debemos aumentar la visibilidad y prestar mucha más atención a las actitudes y comportamientos edadistas, adoptar estrategias para contrarrestarlos y establecer respuestas integrales de política que presten apoyo en cada etapa de la vida.

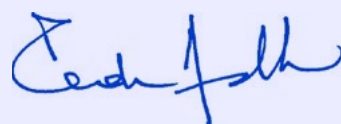
En el 2016, la Asamblea Mundial de la Salud instó a la Organización Mundial de la Salud a que llevara a cabo una campaña mundial de lucha contra el edadismo, en colaboración con otros asociados. El Informe mundial sobre el edadismo, elaborado por la OMS en colaboración con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, aporta a esta campaña pruebas científicas respecto a las medidas que son útiles para prevenir el edadismo y responder a él.

Todos tenemos un papel que desempeñar en la prevención y la respuesta frente al edadismo. En el informe se indican medidas a adoptar por parte de todos los interesados directos (incluidos gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y de investigación y negocios) para hacer cumplir las políticas y la legislación nuevas o en

vigor, proporcionar educación y fomentar el contacto intergeneracional en beneficio de las personas de todas las edades.

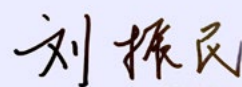
A medida que los países se esfuercen en recuperarse de la pandemia, las personas de todas las edades seguirán teniendo que enfrentarse a diferentes formas de edadismo. Es posible que los trabajadores jóvenes tengan aún menos probabilidades de conseguir empleo. Los trabajadores mayores pueden ser objeto de medidas de reducción de la fuerza laboral. El triaje en la atención de salud basado exclusivamente en la edad limitará el derecho a la salud de las personas mayores. Tendremos que enfrentar el edadismo durante esta crisis y después de ella si queremos defender la salud, el bienestar y la dignidad de las personas en todas partes. A medida que los países reconstruyan para mejorar tras la pandemia y aceleren su avance hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, todos deberán adoptar medidas para combatir el edadismo.

La perspectiva que nos mueve es la de un mundo para todas las edades, en el que los estereotipos, los prejuicios y la discriminación relacionados con la edad no limiten nuestras oportunidades ni nuestra salud, bienestar y dignidad. Los invitamos a que usen la evidencia que se presenta en este informe para ayudar a que esta perspectiva se convierta en una realidad.



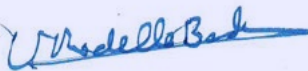
Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General
Organización Mundial de la Salud



Liu Zhenmin

Secretario General Adjunto
Departamento de Asuntos
Económicos y Sociales de las
Naciones Unidas



Michelle Bachelet

Alta Comisionada para los
Derechos Humanos de las
Naciones Unidas



Natalia Kanem

Directora ejecutiva,
Fondo de Población de las
Naciones Unidas

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este informe estuvo a cargo de un Comité Editorial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del que forman parte Alana Officer, Vânia de la Fuente-Núñez y Christopher Mikton, bajo la orientación general de Etienne Krug, Director de Determinantes Sociales de la Salud, y Naoko Yamamoto, Subdirectora General de Cobertura Universal de Salud/Poblaciones más Saludables; en colaboración con Amal Abou Rafeh, Jefa del Programa de la Unidad de Envejecimiento; Río Hada, Jefe de Equipo de la Sección de Derechos Humanos y Cuestiones Económicas y Sociales de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas; y Rachel Snow, Jefa de la División de Población y Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Otros miembros del personal regional y mundial de la OMS y de las Naciones Unidas aportaron contribuciones relativas a sus respectivos campos de trabajo. Sin su dedicación, apoyo y conocimiento experto, este informe no habría sido posible.

La elaboración del marco conceptual respecto al edadismo que se utilizó en el informe estuvo a cargo de un grupo central formado por Sophie Amos, Louise Ansari, Liat Ayalon, Jane Barratt, Necodimus Chipfupa, Patricia Conboy, Mary-Kate Costello, Vânia de la Fuente-Núñez, Nathaniel Kendall-Taylor, Angga Martha, Alana Officer, Bhanu Pratap, Jelena Sofranac y Jemma Stovell.

Los autores principales del informe fueron Vânia de la Fuente-Núñez (capítulos 1, 2, 4, 5, 6, 10) y Christopher Mikton (capítulos 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10). El informe contó con la enriquecedora aportación de muchos expertos y académicos. También dispuso de la información aportada por una serie de revisiones sistemáticas y de determinación del alcance de la bibliografía existente, así como de investigaciones cualitativas realizadas en colaboración con la OMS. Se indican a continuación los nombres de los expertos y los autores.

El informe contó también con el trabajo de otras personas, en especial Miriam Pinchuk, que corrigió el texto final del informe; Blossom que se ocupó del diseño gráfico y de la difusión del informe; Judi Curry en la corrección de pruebas; Christine Boylan en la indexación; Sue Hobbs en el diseño de las figuras; y Alexia Sapin y Florence Taylor en la labor administrativa. Damos las gracias también a Alison Brunier, Christopher Black, Sarah Russell, Sari Setiogi y Kazuki Yamada por su labor en cuanto a comunicación y difusión ante los medios.

La OMS quiere dar las gracias también al Gobierno de Japón por su generoso apoyo económico para la elaboración, traducción y publicación de este informe. La elaboración del informe contó también con el apoyo de aportaciones básicas voluntarias a la OMS.

COLABORADORES

Autores de los artículos de investigación de base

- *A systematic review of existing ageism scales* [revisión sistemática de las escalas del edadismo existentes]: Liat Ayalon, Pnina Dolberg, Sarmite Mikulionienė, Jolanta Perek-Biafas, Gražina Rapolienė, Justyna Stypinska, Monika Willińska y Vânia de la Fuente-Núñez.

- *Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related?* [edadismo, esperanza de vida sana y envejecimiento de la población: interrelaciones]: Alana Officer, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Mira Leonie Schneiders, Paul Nash y Vânia de la Fuente-Núñez.
- *Campaigning to tackle ageism? Move with the evidence tide* [¿campañas contra el edadismo? avance con la marea de la evidencia]: Cassandra Phoenix y Vânia de la Fuente-Núñez.
- *Determinants of ageism against older adults: a systematic review* [factores determinantes del edadismo contra las personas mayores: revisión sistemática]: Sibila Marques, João Mariano, Joana Mendonça, Wouter De Tavernier, Moritz Hess, Laura Naegel, Filomena Peixeiro y Daniel Martins.
- *Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review* [alcance mundial del edadismo respecto a la salud de las personas mayores: revisión sistemática]: E-Shien Chang, Sneha Kanoth, Samantha Levy, Shi-Yi Wang, John E. Lee y Becca R. Levy.
- *Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis* [intervenciones para reducir el edadismo contra las personas mayores: revisión sistemática y metanálisis]: David Burnes, Christine Sheppard, Charles R. Henderson, Monica Wassel, Richenda Cope, Chantal Barber y Karl Pillemer.
- *Scoping review on ageism towards younger populations* [examen del alcance de los estudios sobre el edadismo contra las personas jóvenes]: Vânia de la Fuente-Núñez, Ella Cohn-Schwartz, Senjooti Roy y Liat Ayalon.

Otros aportes

Se contó con el apoyo de revisiones rápidas y de investigación general por parte de Gesa Sophia Borgeest respecto a las intersecciones entre el edadismo y otros "-ismos", y por parte de Laura Campo Tena respecto a las campañas para reducir el edadismo contra las personas jóvenes, la COVID-19 y el edadismo, la repercusión del edadismo en el bienestar de las personas mayores y las estrategias destinadas a atenuar las repercusiones del edadismo. Liat Ayalon, Jane Barratt, Nena Georgantzi, Estelle Huchet y Karl Pillemer elaboraron la propuesta inicial del recuadro 2.1 sobre el edadismo y la COVID-19. Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan elaboró un análisis de los datos de prevalencia del edadismo interpersonal contra las personas mayores. Michael Herrmann llevó a cabo una revisión del edadismo y las estadísticas. Julia Ferre y Nena Georgantzi aportaron información y recursos sobre la legislación, las políticas y los procesos relacionados. HelpAge International y el Grupo Principal de la Infancia y la Juventud de las Naciones Unidas proporcionaron fotografías y testimonios, con la coordinación de Jemma Stovell y de Aashish Khullar y Lucy Fagan, respectivamente.

Revisores expertos

Los revisores expertos para este informe fueron Amal Abou Rafeh, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Louise Ansari, Ashton Applewhite, Alanna Armitage, Liat Ayalon, Anshu Banerjee, Jane Barratt, Françoise Bigirimana, David Burnes, George-Konstantinos Charonis, Harsh Chauhan, Silvia Gascon, Vitalija Gaucaite Wittich, Nena Georgantzi, Regina Guthold, Rio Hada, Manfred Huber, Alex Kalache, Nancy Kidula, Marlene Krasovitsky, April Siwon Lee, Becca R. Levy, Ramez Khairi Mahaini, Mary Manandhar, Sibila Marques, Patricia Morsch, Innocent Bright Nuwagira, Hiromasa Okayasu, Martha Pelaez, Silvia Perel Levin, Cassandra Phoenix, Karl Pillemer, Ritu Sadana, Saliyou Sanni, Dorothea Schmidt, Yi Wen Shao, Elisha Sibale, Briget Sleaf, Jemma Sovell, Julie Steffler, Yuka Sumi, Tran Bich Thuy, Enrique Vega y Kazuki Yamada.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno de los expertos que participaron en la elaboración de este informe declaró tener conflicto alguno de intereses.

ABREVIATURAS

COVID-19	enfermedad por el coronavirus del 2019 (virus que se denomina también SARS-CoV-2))
ETS	enfermedades de transmisión sexual
GRADE	método de clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE, por su sigla en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEACE	educación positiva acerca del envejecimiento y experiencias de contacto (por su sigla en inglés)
PRISMA	conjunto mínimo de elementos para mostrar la información de revisiones sistemáticas y metaanálisis (por su sigla en inglés)

RESUMEN

La edad es una de las primeras cosas que observamos en otras personas. El edadismo surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional. El edadismo adopta diferentes formas a lo largo del curso de la vida. Por ejemplo, se podría ridiculizar a un adolescente por iniciar un movimiento político; se podría negar el empleo tanto a personas mayores como a jóvenes por causa de su edad; o se podría acusar a una persona mayor de brujería y expulsarla de su hogar y de su pueblo.

El edadismo perjudica nuestra salud y bienestar, y constituye un obstáculo importante para la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relativas al envejecimiento saludable, tal como reconocieron los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud* y mediante la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030. En respuesta ante ello, se pidió a la OMS que pusiera en marcha, junto con sus asociados, una campaña mundial de lucha contra el edadismo.

La OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas elaboraron el *Informe mundial sobre el edadismo* para la campaña. El informe está dirigido a encargados de formular políticas, profesionales, investigadores, organismos de desarrollo y miembros del sector privado y de la sociedad civil. En este informe, después de definir la naturaleza del edadismo, se resumen las mejores pruebas sobre la escala, los efectos y los determinantes del edadismo y las estrategias más eficaces para reducirlo. El informe concluye con tres recomendaciones de actuación, basadas en pruebas científicas para crear un mundo para todas las edades.

NATURALEZA DEL EDADISMO

El edadismo se refiere a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad. Puede ser institucional, interpersonal o autoinfligido. El edadismo institucional se refiere a las leyes, reglas, normas sociales, políticas y prácticas de las instituciones que restringen injustamente las oportunidades y perjudican sistemáticamente a las personas en razón de su edad. El edadismo interpersonal surge en las interacciones entre dos o más personas, mientras que el edadismo autoinfligido se produce cuando se interioriza el edadismo y se vuelve contra un mismo.

El edadismo se inicia en la infancia y se refuerza con el tiempo. Desde una edad temprana, los niños reciben indicaciones de quienes los rodean sobre los estereotipos y prejuicios de su cultura que interiorizan rápidamente. Las personas utilizan estos estereotipos para extraer conclusiones y orientar sus sentimientos y su comportamiento hacia personas de distintas edades y hacia sí mismas.

El edadismo a menudo se entrecruza e interactúa con otras formas de creación y uso de estereotipos, prejuicios y discriminación, entre ellas el capacitismo, el sexismo y el racismo. El entrecruzamiento de múltiples formas de sesgo agrava las desventajas y empeora aún más los efectos del edadismo en la salud y el bienestar de las personas.

ESCALA DEL EDADISMO

El edadismo está presente en numerosas instituciones y sectores de la sociedad, como por ejemplo entre los proveedores sociosanitarios, en el lugar de trabajo, en los medios de comunicación y en el sistema jurídico. El racionamiento de la atención de salud en función de la edad está muy extendido y las personas mayores tienden a quedar excluidas de las actividades de investigación y recopilación de datos. Las personas mayores y los más jóvenes a menudo se encuentran en desventaja en el lugar de trabajo. Los delitos cometidos por delincuentes más jóvenes suelen suscitar más indignación que los cometidos por delincuentes mayores, y se consideran infracciones más graves. El edadismo también determina la forma en que se recopilan las estadísticas y los datos en los que se basan las políticas.

A nivel mundial, una de cada dos personas son edadistas contra las personas mayores. En Europa, que es la única región de la que se dispone de datos, una persona de cada tres afirma haber sido objeto de edadismo, y las personas jóvenes afirman haber percibido más discriminación por la edad que otros grupos etarios.

EFFECTOS DEL EDADISMO

El edadismo tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas.

En el caso de las personas mayores, el edadismo se asocia con una menor esperanza de vida, una salud física y mental más deficiente, una recuperación más lenta de la discapacidad y un deterioro cognitivo. El edadismo reduce la calidad de vida de las personas mayores, aumenta su aislamiento social y su soledad (ambos asociados a graves problemas de salud), restringe su capacidad de expresar su sexualidad, y puede aumentar el riesgo de violencia y maltrato contra las personas mayores. El edadismo puede reducir también el compromiso de las personas jóvenes con la entidad para la que trabajan. El edadismo contribuye a la pobreza y la inseguridad económica de las personas en la vejez, y en una estimación reciente se demuestra que el edadismo tiene un costo para la sociedad de miles de millones de dólares.

DETERMINANTES DEL EDADISMO

Los factores que aumentan el riesgo de incurrir en edadismo contra las personas mayores son ser joven, de sexo masculino, tener ansiedad ante la muerte y el menor nivel de estudios. Los factores que reducen el riesgo de incurrir en edadismo, tanto contra las personas jóvenes como contra las personas mayores, son ciertos rasgos de la personalidad y un mayor contacto intergeneracional.

Los factores que aumentan el riesgo de ser objeto de edadismo son tener más edad, precisar del cuidado de otros, tener una menor esperanza de vida sana en el país y trabajar en determinadas profesiones o sectores laborales, como los sectores de la alta tecnología o la hostelería. Uno de los factores de riesgo para ser objeto de edadismo contra las personas jóvenes es ser mujer.

TRES ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL EDADISMO

Se ha demostrado la eficacia de tres estrategias para reducir el edadismo: las políticas y la legislación, las actividades educativas y las intervenciones de contacto intergeneracional.

- **Estrategia 1: Políticas y legislación.** Las políticas y la legislación pueden ser útiles para reducir el edadismo contra cualquier grupo de edad. Entre ellas cabe mencionar, por ejemplo, políticas y leyes que aborden la discriminación y la desigualdad por motivos de la edad, y la legislación relativa a los derechos humanos. El fortalecimiento de las políticas y las leyes contra el edadismo puede lograrse mediante la adopción de instrumentos a nivel local, nacional o internacional, y la modificación de los instrumentos vigentes que permitan la discriminación por motivos de edad. Esta estrategia requiere mecanismos de observancia y órganos de seguimiento a nivel nacional e internacional que aseguren la aplicación efectiva de las políticas y leyes que abordan la discriminación, la desigualdad y los derechos humanos.
- **Estrategia 2: Intervenciones educativas.** Las intervenciones educativas para reducir el edadismo deben incluirse en todos los niveles y tipos de educación, desde la escuela primaria hasta la universidad, y en contextos educativos formales y no formales. Las actividades educativas ayudan a mejorar la empatía, disipar las ideas erróneas sobre los distintos grupos de edad, y reducir los prejuicios y la discriminación al proporcionar información precisa y ejemplos para contrarrestar los estereotipos.
- **Estrategia 3: Intervenciones de contacto intergeneracional.** Asimismo, habría que invertir en intervenciones de contacto intergeneracional que tengan por objeto fomentar la interacción entre las personas de distintas generaciones. Este contacto puede reducir los prejuicios y los estereotipos entre grupos. Las intervenciones de contacto intergeneracional figuran entre las intervenciones más eficaces para reducir el edadismo contra las personas mayores, y también son prometedoras para reducir el edadismo contra las personas más jóvenes.

TRES RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Estas recomendaciones tienen por objetivo ayudar a las partes interesadas a reducir el edadismo. Su aplicación requiere un compromiso político, la participación de diferentes

sectores y agentes, y adaptaciones específicas para cada contexto. Cuando sea posible, deben aplicarse conjuntamente para maximizar sus efectos en el edadismo.

- **Recomendación 1: Invertir en estrategias basadas en pruebas científicas para prevenir y combatir el edadismo.** Es necesario dar prioridad a las tres estrategias respaldadas por las mejores pruebas científicas: formulación de políticas y promulgación de leyes, y ejecución de intervenciones educativas y de contacto intergeneracional. Para lograr un cambio real a nivel poblacional, estas estrategias deben ampliarse a mayor escala. En los casos en que esas intervenciones no se hayan llevado a cabo anteriormente, deberían adaptarse y probarse, y posteriormente ampliarse una vez que se haya demostrado su eficacia en el nuevo contexto.
- **Recomendación 2: Mejorar los datos y las investigaciones para comprender mejor el edadismo y la manera de reducirlo.** Mejorar nuestra comprensión de todos los aspectos del edadismo (su escala, sus efectos y sus determinantes) es un requisito previo para reducirlo, tanto cuando se manifiesta contra las personas jóvenes como contra las personas mayores. Es necesario recopilar datos en todos los países, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, utilizando escalas de medición del edadismo válidas y fiables. Ahora bien, debería darse la máxima prioridad a la elaboración de estrategias para reducir el edadismo. Las pruebas científicas sobre la eficacia de las estrategias van en aumento, pero aún no están a la altura de lo que se necesita. Convendría optimizar las estrategias existentes, calcular su costo y su costo-eficacia y, posteriormente, ampliarlas. Es necesario seguir elaborando y evaluando las estrategias prometedoras, como las campañas para reducir el edadismo.
- **Recomendación 3: Crear un movimiento para cambiar el discurso sobre la edad y el envejecimiento.** Todos podemos contribuir a afrontar y eliminar el edadismo. Los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones de desarrollo, las instituciones académicas y de investigación, las empresas y las personas de todas las edades pueden unirse al movimiento para reducir el edadismo. Al unirnos en una amplia coalición, podemos mejorar la colaboración y la comunicación entre las diferentes partes interesadas en la lucha contra el edadismo.

CONCLUSIONES

Es hora de decir no al edadismo. En el *Informe mundial sobre el edadismo* se describe la manera de combatirlo y, por consiguiente, de contribuir a mejorar la salud, aumentar las oportunidades, reducir los costos y permitir que las personas prosperen a cualquier edad. Si los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones de desarrollo, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones académicas y de investigación

aplican estrategias eficaces e invierten en nuevas investigaciones, y si las personas y las comunidades se unen el movimiento y afrontan cada caso de edadismo, crearemos entre todos un mundo para todas las edades.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural que tiene lugar durante toda la vida y que, aun siendo universal, no es uniforme. La forma en la que envejecemos está determinada por las relaciones que tenemos con el entorno social y físico en el que hemos vivido a lo largo de nuestra vida. La manera en la que envejecemos varía también según algunas características personales como la familia en la que hemos nacido, nuestro sexo y nuestro origen étnico (1). Cuanto más tiempo vivimos, más diferentes somos de los demás, lo cual hace que la diversidad sea una característica distintiva de la vejez.

Nuestra edad refleja el número de años que hemos vivido. Sin embargo, a quién se considera una persona joven o una persona mayor depende del contexto, el propósito y la cultura. A los 18 años, una persona puede ser considerada demasiado mayor para poder aprender a ser un gimnasta de competición y, a la vez, demasiado joven para ocupar un puesto político de gran responsabilidad. Las distintas culturas difieren también entre sí en lo que respecta a lo que se considera vejez, edad mediana y juventud. Un siglo atrás, en Europa occidental y América del Norte, la vejez comenzaba mucho antes de lo que lo hace hoy.

La forma en la que pensamos, sentimos o actuamos respecto a la edad y el envejecimiento (propios y de los demás) puede ayudarnos a prosperar o puede limitar la vida que llevamos y las libertades de las que gozamos. Cuando los sesgos basados en la edad impregnan nuestras instituciones (por ejemplo, las legislativas, las de salud y las educativas), pueden crear y perpetuar disparidades entre los grupos de tal manera que el cambio a nivel individual no permita por sí solo abordar el edadismo, como lo ha puesto de manifiesto la investigación sobre el sexismo (2) y el racismo (3).

Se denomina "edadismo" a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación dirigidos contra otras personas o autoinflingido por razones de edad. El edadismo afecta a personas de todas las edades y será el único término que se usará en este informe para hacer referencia a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación por razones de edad (véase el [recuadro 0.1](#)).

El edadismo tiene una gran prevalencia, está profundamente arraigado y tiene una aceptación social mayor que otras formas de sesgo. El sesgo relacionado con la edad se contempla a menudo como algo humorístico o como mínimo inocuo. Las personas no se dan cuenta de que la forma en la que se formulan las ideas relativas a la edad y el envejecimiento (por ejemplo, en expresiones como "te quejas más que un viejo", o al hablar del "problema" del envejecimiento de la población o de que "los jóvenes creen que lo saben todo") y el lenguaje que se utiliza al respecto (véase el [recuadro 0.2](#)) perpetúan ideas erróneas e influyen en las políticas que elaboramos y las oportunidades que brindamos (o no). El edadismo, como se muestra en este informe, puede modificar la forma en la que nos vemos a nosotros mismos, puede enfrentar a una generación con otra, puede devaluar o limitar nuestra capacidad de beneficiarnos de lo que pueden aportar las personas jóvenes o personas mayores, y puede reducir las oportunidades de gozar de salud, longevidad y bienestar, a la vez que tiene consecuencias económicas de gran alcance.

Recuadro 0.1

El término "edadismo"

El término inglés ageism ("edadismo") fue acuñado en 1969 por Robert Butler, un gerontólogo estadounidense y primer director del Instituto Nacional del Envejecimiento en Estados Unidos. Aunque el edadismo ha existido a lo largo de siglos y en los diversos países, contextos y culturas, el concepto en sí es relativamente nuevo y no existe (todavía) en todos los idiomas. Esto puede hacer que resulte difícil concientizar a las personas acerca de este fenómeno social y abogar por el cambio. Los idiomas que carecen de un término específico para el edadismo tienden a usar un término sustitutivo como el de Altersdiskriminierung en alemán, que capta tan solo la dimensión de la discriminación. Otros idiomas que tienen un término específico, como el español (edadismo o edaísmo) y el francés (âgisme), tan solo recientemente han empezado a usarlo de manera más amplia. La identificación de una palabra para el edadismo en todos los idiomas sería una manera de comenzar a generar conciencia y cambio en todos los países. Aunque el edadismo abarca cualquier estereotipo, prejuicio o discriminación que se base en la edad, hay otros términos que se han usado también para hacer referencia al edadismo contra niños y jóvenes, como los conceptos de adultism [adultismo] (4-6) y childism [infantilismo] (7, 8). "Edadismo" será el único término que se usará en este informe para hacer referencia a los estereotipos, los prejuicios o la discriminación por razones de edad.

Recuadro 0.2

Lenguaje

El lenguaje transmite significados y puede fomentar ideas erróneas que pueden conducir al edadismo. Algunas palabras como "anciano", "viejo" o "senil" remiten a estereotipos que hacen pensar que las personas mayores son siempre frágiles y dependientes, y se emplean a menudo en un sentido peyorativo. De manera análoga, la palabra "infantil" remite al estereotipo de que las personas jóvenes son inmaduras. En este informe se usa un lenguaje neutro al hacer referencia a las personas y los grupos, como los términos "persona mayor" y "persona joven".

¿POR QUÉ UN INFORME MUNDIAL SOBRE EL EDADISMO?

En la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016-2030)* (9) y la resolución WHA69.3 conexas de la Asamblea Mundial de la Salud (10) se estableció que combatir el edadismo era un requisito previo para elaborar una buena política pública sobre el envejecimiento saludable y para mejorar la vida cotidiana de las personas mayores. En respuesta a ello, se instó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a que elaborara, en colaboración con otros asociados, una campaña mundial de lucha contra el edadismo. Mientras se formulaba la visión y los principios de la Campaña Mundial Contra el Edadismo, se puso claramente de manifiesto que, para evitar efectos perjudiciales, reducir la injusticia y fomentar la solidaridad intergeneracional, tenemos que reducir el edadismo contra las personas de todas las edades.

Para evitar efectos perjudiciales, reducir la injusticia y fomentar la solidaridad intergeneracional, tenemos que reducir el edadismo contra las personas de todas las edades.

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, un plan de acción para los diez últimos años tanto de la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud* como de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, fue aprobada en agosto del 2020 por la Asamblea Mundial de la Salud y en diciembre del 2020 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (11, 12, 13). La lucha contra el edadismo (es decir, cambiar la forma en la que pensamos, sentimos y actuamos en relación con la edad y el envejecimiento propios y de los demás) es uno de los cuatro campos de actuación priorizados por la Década del Envejecimiento Saludable. La lucha contra el edadismo es también esencial para progresar en los otros tres campos de actuación: desarrollar las comunidades de una forma que fomenten las capacidades de las personas mayores, prestar cuidados integrales y centrados en la persona y servicios de atención primaria de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores, y proporcionar a las personas mayores que lo necesiten el acceso adecuado a cuidados a largo plazo.

El edadismo, tal como se muestra en este informe, puede modificar la forma en la que nos vemos a nosotros mismos, puede enfrentar a una generación con otra, puede devaluar o limitar nuestra capacidad de beneficiarnos de lo que pueden aportar las personas jóvenes o personas mayores, y puede reducir las oportunidades de gozar de salud, longevidad y bienestar, a la vez que tiene consecuencias económicas de gran alcance.

Aunque se ha determinado que el edadismo constituye un problema importante, falta información científica al respecto. El acuerdo existente sobre las definiciones es limitado y hay poca información comparable a nivel internacional sobre la escala del problema, así como una escasez de evidencia sobre las estrategias para reducirlo que dan resultado.

En este informe, destinado a los encargados de formular políticas, profesionales, investigadores, organismos de desarrollo, el sector privado y la sociedad civil, se recopilan las mejores pruebas científicas sobre el edadismo.

OBJETIVOS

Los temas principales que se abordan en este informe son la pesada carga que impone el edadismo a las personas y a la sociedad, y la urgente necesidad de acción por parte de los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las personas de todas las edades.

Las metas del informe son las siguientes:

- concientizar acerca del carácter mundial, la escala, los efectos y los determinantes del edadismo dirigido tanto contra las personas jóvenes como contra las mayores;
- subrayar la necesidad de evitar el edadismo, fomentar y proteger la apreciación y el respeto de todos los derechos humanos para todas las personas y presentar estrategias de intervención eficaces;
- realizar un llamamiento a la acción en todos los sectores y por parte de todos los interesados directos.

El alcance de este informe brinda apoyo en torno a estas metas, y el documento está dividido en diez capítulos. En el primero se explica qué es el edadismo y cómo afecta a las personas jóvenes y a las mayores. Las pruebas científicas disponibles sobre el edadismo contra las personas jóvenes son mucho menos abundantes que las que hay respecto al edadismo contra las personas mayores, y también son de menor calidad. En consecuencia, en el informe se presenta por separado la evidencia relativa al edadismo contra las personas jóvenes y contra las personas mayores. En los capítulos 2 al 4 se abordan cuestiones relativas solamente a las personas mayores y se presenta información acerca de la escala del problema (capítulo 2), sus efectos (capítulo 3) y los determinantes del edadismo (capítulo 4). En el quinto capítulo se recopilan todas las pruebas científicas disponibles sobre la escala, los efectos y los determinantes del edadismo contra las personas jóvenes. En los tres capítulos siguientes (capítulos 6 al 8) se hace hincapié en las estrategias que dan resultado para reducir el edadismo contra las personas mayores y contra las personas jóvenes, incluidas las políticas y leyes, y las intervenciones educativas e intergeneracionales. En el capítulo 9 se ponen de relieve las estrategias que son prometedoras, pero cuya eficacia no se ha demostrado todavía. Cada capítulo explica la estrategia pertinente y cómo funciona; presenta un panorama general de la evidencia disponible respecto a la efectividad; muestra los costos y los factores que podrían hacer que la estrategia fuera más

eficaz, allí donde hay evidencia; y proporciona ejemplos. Se presenta la evidencia relativa a las personas jóvenes en los recuadros.

Dado que la manera en la que se realiza la investigación es importante (véase el recuadro 0.3), cada capítulo incluye un recuadro en el que se evalúan las pruebas científicas disponibles y se sugieren posibilidades de investigación futura. En cada capítulo se presentan también conclusiones y sugerencias para orientar el rumbo sobre medidas futuras, que se recopilan luego en el capítulo 10 para formular recomendaciones amplias respecto a las políticas y las prácticas.

Recuadro 0.3

Cómo se realiza la investigación sobre cuestiones de edadismo

El grado en que entendemos el edadismo depende de la forma en la que se realiza la investigación sobre este tema y del modo en el que se mide el edadismo. Si nuestras definiciones y mediciones son inexactas, si la imagen que nos proporciona nuestra investigación sobre su escala y distribución, así como sobre los factores que lo provocan y su repercusión no son exactos, nuestras iniciativas para reducir el edadismo serán menos eficaces, y habrá una mayor probabilidad de desperdiciar tiempo y dinero. Además, persistirá el edadismo que podría haberse evitado, con las graves consecuencias descritas en este informe.

El análisis sobre la investigación que se presenta en cada capítulo se basa, en cierta medida, en el del capítulo anterior. Si las definiciones del edadismo (capítulo 1) no están claras, el edadismo no podrá medirse con exactitud y no será posible establecer de manera fiable su escala y distribución (capítulos 2 y 5). Si el edadismo no puede medirse con exactitud, será más difícil evaluar sus efectos (capítulos 3 y 5). Si los determinantes del edadismo (capítulos 4 y 5) no se establecen correctamente, es poco probable que las estrategias para reducirlo (capítulos 6 al 9) resulten eficaces, ya que las estrategias se han diseñado para abordar esos factores determinantes. Además, sin mediciones precisas del edadismo, no se puede determinar con precisión el efecto que tienen las estrategias.

PROCESO

El marco conceptual sobre el edadismo se elaboró en colaboración con el grupo de trabajo principal de la Campaña Mundial Contra el Edadismo. Dentro de este marco, se siguieron varios pasos para recopilar u obtener evidencia que aportara información útil para este informe:

- una revisión sobre la prevalencia mundial del edadismo contra las personas mayores, entendidas en sentido amplio como las de edad igual o superior a 50 años;

- una serie de revisiones sistemáticas de la investigación realizada sobre el edadismo contra las personas mayores en español, francés e inglés que llevaron a cabo expertos que evaluaron los factores determinantes, los efectos para la salud, las estrategias de intervención y la medición;
- una revisión sobre el alcance de los estudios sobre el edadismo contra las personas jóvenes, que incluyó la evidencia relativa a las personas de menos de 50 años en la bibliografía sometida a arbitraje científico en español, francés o inglés;
- búsquedas bibliográficas específicas para encontrar otras formas de evidencia cuantitativa y cualitativa publicada, que se haya obtenido en respuesta a las brechas detectadas en la investigación, incluido el edadismo en los países de ingresos bajos y medianos, el edadismo contra las personas jóvenes y las intersecciones entre el edadismo y otros "-ismos";
- una revisión sobre las campañas mundiales, nacionales y locales para hacer frente al edadismo; y testimonios personales de personas jóvenes y personas mayores.

Aunque hay muchas percepciones y opiniones sobre la escala, los efectos y los determinantes del edadismo, así como sobre las estrategias más eficaces para reducirlo, en este informe se ha hecho todo lo posible para utilizar como base una evidencia sólida. A la hora de decidir qué evidencia presentar, se ha dado prioridad a los resultados obtenidos en revisiones sistemáticas (que tienen como objetivo encontrar, evaluar y resumir de manera rigurosa los resultados de todos los estudios pertinentes existentes sobre un tema) frente a los de estudios individuales. Cuando no se encontró evidencia, el informe lo indica de manera explícita e insta a que se subsane esta brecha del conocimiento. La investigación sobre el edadismo, igual que cerca del 90% de la investigación sobre psicología y salud, se lleva a cabo predominantemente en países de ingresos altos, que representan alrededor de un 15% de la población mundial.

En el presente *Informe mundial sobre el edadismo* se presentan las medidas necesarias para combatir el edadismo y, en consecuencia, contribuir a mejorar la salud, aumentar las oportunidades, reducir los costos y permitir a las personas prosperar a cualquier edad.

Se prevé que las consideraciones sobre políticas y prácticas que se describen en este informe sean objeto de exámenes y modificaciones regulares por parte del Departamento de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, en colaboración con sus asociados.

PERSPECTIVAS FUTURAS

En el presente *Informe mundial sobre el edadismo* se presentan las medidas necesarias para combatir el edadismo y, en consecuencia, contribuir a mejorar la salud, aumentar las oportunidades, reducir los costos y permitir a las personas prosperar a cualquier edad. La aspiración de quienes han contribuido a elaborar el informe es que dé lugar a medidas concretas adoptadas por todos los interesados directos, a todos los niveles y en todos los sectores, y que dichas medidas fomenten el desarrollo social y económico, el respeto de los derechos humanos en todo el mundo y el avance hacia un mundo para todas las edades.

REFERENCIAS

1. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 13 October 2020).
2. Ochoa Garza MK, Feagin JR. Sexism. In: Ritzer G, Rojek C, editors. The Blackwell Encyclopedia of Sociology. Hoboken (NJ): Wiley; 2019. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeoss084.pub2>.
3. Feagin JR. 2006. Systemic racism: a theory of oppression. New York: Routledge; 2006.
4. Bell J. Understanding adultism: a major obstacle to developing positive youth-adult relationships. Somerville (MA): YouthBuild USA; 1995 (https://actioncivics.scoe.net/pdf/Understanding_Adultism.pdf, accessed 12 October 2020).
5. Ceaser D. Unlearning adultism at Green Shoots: a reflexive ethnographic analysis of age inequality within an environmental education programme. *Ethnogr Educ.* 2014;9:167–81.
6. Kennedy D. The well of being: childhood, subjectivity, and education. New York: SUNY Press; 2012.
7. Pierce CM, Allen GB. Childism. *Psychiatr Ann.* 1975;5:15-24. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19750701-04>.
8. Young-Bruehl E. Childism: confronting prejudice against children. New Haven (CT): Yale University Press; 2012.
9. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, accessed 27 October 2020).
10. Resolution WHA69.3. The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 28 May 2016. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252783>, accessed 12 October 2020).
11. WHA73(12). Decade of healthy ageing 2020–2030. In: Seventy-third World Health Assembly, Geneva, 3 August 2020. Agenda item 15.1. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73\(12\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73(12)-en.pdf), accessed 12 October 2020).
12. Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Seventieth United Nations General Assembly, 21 October 2015. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 12 October 2020).
13. Resolution A/75/L.47 United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). In: Seventy-fifth United Nations General Assembly, 8 December 2020. New York: United Nations; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/L.47>, accessed 14 December 2020).

FERNANDO,
64, ESTADO
PLURINACIONAL
DE BOLIVIA

01

NATURALEZA DEL EDADISMO

“ La discriminación contra las personas mayores constituye un problema grave. Yo enviudé hace siete meses y desde que mi esposa murió, la gente, mi propia familia, me ha discriminado por ser más mayor y ser viudo. Mis hermanos y mi suegro ya no me escuchan. No hacen ningún caso de lo que les digo y eso me duele. Algunos de mis hijos me apoyan, me dicen que no haga caso, pero es triste que tu propia familia te discrimine. ”

Fernando, 64 años,
Estado Plurinacional de Bolivia

©Sebastian Ormachea/HelpAge International

“ Las personas jóvenes son discriminadas por su edad y, a menudo, no se las incluye en los ámbitos de toma de decisiones. Es frecuente que su presencia y su voz tan solo sean tenidas en cuenta para marcar la casilla de inclusión de los jóvenes, pero que no se incluyan sus recomendaciones. Las personas jóvenes del grupo de 18 a 29 años son consideradas ya sea individuos violentos cuyas acciones tenemos que detener o víctimas a las que es necesario prestar apoyo, pero los jóvenes son personas pacificadoras y agentes que generan una paz positiva en sus comunidades. ”

Saumya, 24 años, India

©Saumya Aggarwal/Grupo Principal de la Infancia y la Juventud de las Naciones Unidas

SAUMYA, 24,
INDIA

Se denomina “edadismo” a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) dirigidos hacia otras personas o hacia nosotros mismos en función de la edad.

El edadismo puede manifestarse a nivel institucional o a nivel interpersonal, o puede estar dirigido autoinfligido (edadismo autoinfligido).

El edadismo puede ser implícito o explícito según cuan conscientes seamos al respecto.

El edadismo comienza en la infancia y se refuerza a lo largo del tiempo.

El edadismo tiene intersecciones con otros “-ismos”, lo que puede hacer que se multipliquen las desventajas que produce.

1.1 DEFINICIÓN DEL EDADISMO

La edad es una de las primeras características (junto con el sexo y la raza) que notamos sobre las personas cuando interactuamos con ellas (véase el **recuadro 1.1**) (3). El edadismo surge cuando se utiliza la edad para clasificar y dividir a las personas de una forma que comporta un daño, desventaja o injusticia, y que erosiona la solidaridad intergeneracional.

El edadismo adopta muchas formas a lo largo de nuestra vida. Imagine que es ignorado sistemáticamente por sus compañeros y supervisores en el lugar de trabajo, tratado con condescendencia por su familia en casa, que le niegan un préstamo en el banco, que es insultado o evitado por la calle, acusado de brujería, que se le niega el acceso a su propiedad o a su tierra, o que no se le ofrece tratamiento en un consultorio, todo ello simplemente a causa de su edad. Estos son algunos ejemplos de cómo el edadismo impregna nuestras vidas, desde la edad más temprana hasta la más avanzada.

El edadismo es un fenómeno social polifacético que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como los estereotipos, los prejuicios y la discriminación contra otras personas o autoinfligido por razones de edad (9). El edadismo tiene varios aspectos interrelacionados:

En el apartado 1.1 de este capítulo se definen el edadismo y sus tres dimensiones principales: estereotipos, prejuicios y discriminación. Una comprensión clara y común de lo que es el edadismo es crucial para concientizar a las personas y asegurar la uniformidad en la investigación, las políticas y las prácticas aplicadas (1-2). Las definiciones que se presentan aquí son el fundamento del resto del informe. En el apartado 1.2 se describe cómo actúa el edadismo y cómo surge. En el apartado 1.3 se describe las intersecciones entre el edadismo y otros “-ismos”, como el sexismo y el capacitismo, y se muestra cómo se acumulan sus respectivas repercusiones.

Recuadro 1.1

La edad y la etapa de vida son determinadas en parte socialmente

Si bien la edad está correlacionada con los procesos biológicos, se configura también socialmente. Considerar a determinadas personas jóvenes o mayores es algo que depende en parte del contexto, el propósito y la cultura (4-6). A la edad de 18 años es posible que le consideren demasiado mayor para llegar a ser un pianista profesional, pero también demasiado joven para entrenar en un equipo de fútbol profesional. Las distintas culturas difieren en su forma de delimitar a qué edad se es mayor, de mediana edad o joven, y también en las normas y expectativas existentes para cada una de estas etapas de la vida, que pueden cambiar con el transcurso del tiempo (7).

Los distintos entornos configuran también la forma en la que envejecemos. Las inequidades vinculadas, por ejemplo, al sexo, el origen étnico y los ingresos económicos determinan nuestro acceso a la atención de salud y a la educación a lo largo del curso de vida, e influyen en el estado en que nos encontramos a la edad de 50, 60, 70 u 80 años. Una gran parte de la diversidad que observamos en las personas mayores es consecuencia de la repercusión acumulada de estas inequidades en materia de salud a lo largo del curso de vida (8).

- tres dimensiones: estereotipos (pensamientos), prejuicios (sentimientos) y discriminación (acciones o comportamientos) (apartado 1.1.1);
- tres niveles en los que se manifiesta: institucional, interpersonal y dirigido autoinfligido (apartado 1.1.2);
- dos formas de expresión: explícito (consciente) e implícito (inconsciente) (apartado 1.1.3).

Los estereotipos son estructuras cognitivas que almacenan nuestras creencias y expectativas acerca de las características de los miembros de los grupos sociales, y la atribución de estereotipos es el proceso de aplicación de la información estereotipada (10). Los estereotipos guían nuestro comportamiento social y, a menudo, determinan qué tipo de información buscamos y recordamos (11-14).

Hablamos de edadismo cuando los estereotipos que tienen las personas acerca de la edad guían las inferencias que hacen acerca de otras personas en función de su edad, incluidas las relativas a sus capacidades físicas y mentales, sus competencias sociales y sus creencias políticas y religiosas. Esas inferencias pueden conducir a una generalización excesiva que haga que se considere que todas las personas de un determinado grupo etario son iguales. Por ejemplo, una generalización excesiva frecuente es la de considerar que las personas mayores son frágiles, poco competentes y amistosas (15), o que las personas jóvenes son materialistas, perezosas e impacientes (16).

1.1.1 El edadismo como estereotipos, prejuicios y discriminación

Cada una de las tres dimensiones del edadismo (estereotipos, prejuicios y discriminación) está relacionada con una capacidad psicológica distinta: pensamientos (estereotipos), sentimientos (prejuicios) y acciones o comportamientos (discriminación).

Cuadro 1.1. Clasificación de los estereotipos identificados en diferentes entornos institucionales y en distintos países

INSTITUCIÓN O SECTOR	ESTEREOTIPOS	
	LAS PERSONAS JÓVENES SON/ ESTÁN...	LAS PERSONAS MAYORES SON/ ESTÁN...
Atención de salud y asistencia social^a		
POSITIVO	Sanas Físicamente activas Fuertes y enérgicas	Cálidas Agradables
NEGATIVO	Favorables a asumir riesgos Consumidoras de drogas Estresadas y ansiosas	Rígidas Irritables y frustrantes Solitarias y aisladas Frágiles y débiles Asexuales Confundidas con facilidad Deprimidas y deprimentes Necesitadas Discapacitadas
Trabajo^b		
POSITIVO	Enérgicas Ambiciosas Conocedoras de la tecnología Trabajadoras (mediana edad)	Fiabiles Comprometidas Experimentadas Trabajadoras Hábiles socialmente Buenos mentores y líderes Capaces de afrontar los cambios
NEGATIVO	Narcisistas Desleales Creídas Perezosas Desmotivadas Distraídas	Poco competentes e improductivas Desmotivadas Reacias al cambio Más difíciles de capacitar e incapaces de aprender Poco flexibles Poco competentes tecnológicamente
Medios de comunicación^c		
POSITIVO	Atractivo	Sanas Involucradas Productivas Autosuficientes
NEGATIVO	Problemáticas Delincuentes violentos	Poco atractivas Infelices Seniles Visten mal Inactivas Dependientes Poco sanas Carentes de poder y pobres Vulnerables Diabólicas

^a Puede consultarse información adicional en las referencias 16 y 33 a la 40.

^b Puede consultarse información adicional en las referencias 16 y 41 a la 48.

^c Puede consultarse información adicional en las referencias 32 y 49 a la 51.

Los estereotipos asociados a la edad pueden ser tanto positivos como negativos (17-19), pero, al tratarse, por definición, de una generalización excesiva, tanto los denominados estereotipos positivos como los negativos son inexactos y pueden ser perjudiciales. Algunos estereotipos asociados a la edad se dan en diversas regiones y culturas (20, 21). Por ejemplo, a las personas mayores se les tiende a asignar el estereotipo de una combinación de calidez (positivo) y falta de competencia (negativo) en diferentes países de Europa, Asia y América del Norte y del Sur, mientras que a las personas jóvenes se les tienden a atribuir estereotipos de máxima competencia (positivo), pero poca calidez (negativo) (20, 22-24).

Otros estereotipos asociados a la edad tienden a ser diferentes en distintos contextos y culturas (17, 21, 25-28). En el cuadro 1.1 se presenta una clasificación de los estereotipos identificados en diferentes entornos institucionales en diversos lugares del mundo. Los estereotipos que predominan en una determinada situación dependen en gran parte de la edad de la persona que sufre el edadismo (29) y del contexto, como por ejemplo el lugar en el que se produce el encuentro con la persona mayor o joven (30, 31). Los cambios económicos y sociales y la evolución de los valores existentes en una sociedad pueden hacer que los estereotipos se modifiquen con el transcurso del tiempo (32).

Los prejuicios son una reacción emocional o un sentimiento, de carácter positivo o negativo, hacia una persona en función de la percepción de su pertenencia a un grupo (1, 52). Los prejuicios contribuyen a crear o mantener unas relaciones de carácter jerárquico entre los grupos (53). En el caso del edadismo, los prejuicios van dirigidos hacia una persona o un grupo en función de las percepciones que se tienen de su edad.

Los sentimientos de lástima o solidaridad son dos formas comunes de prejuicio hacia las personas mayores (15), y pueden generar un deseo de autoexcluirse de la compañía de personas mayores (54). Por su parte, las personas jóvenes pueden provocar sentimientos de temor o aversión, a menudo derivados de la presunción de que son delincuentes.

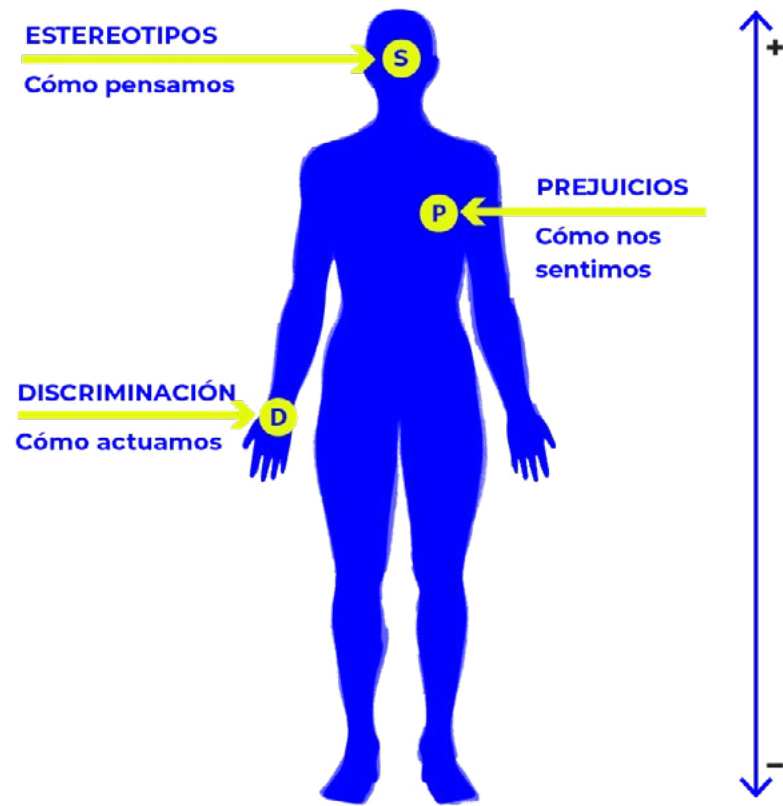
La discriminación consiste en acciones, prácticas o políticas que se aplican a las personas debido a su pertenencia percibida o real a un determinado grupo socialmente destacado y que comportan para ellas alguna forma de desventaja (discriminación negativa) o de ventaja (discriminación positiva) (55).

En el caso del edadismo, la discriminación consiste en comportamientos (como acciones, prácticas y políticas) hacia las personas por razones de edad. Los empleadores que no permiten que una persona lidere un debate porque la consideran demasiado joven o que no dejan que un empleado asista a una sesión de capacitación porque consideran que la persona es demasiado mayor para que ello le aporte un beneficio son ejemplos de discriminación negativa hacia las personas jóvenes y las personas mayores, respectivamente. Como ejemplos de acciones positivas cabe citar los descuentos que se ofrecen a las personas jóvenes o a las personas mayores que es poco probable que dispongan de ingresos regulares.

En resumen, el edadismo incluye la forma en la que pensamos (estereotipos), sentimos (prejuicios) y actuamos (discriminación) en relación con los demás y con nosotros mismos en función de la edad (véase la figura 1.1).

Este informe se centra en las consecuencias negativas de los estereotipos, los prejuicios y la discriminación basados en la edad, independientemente de que los pensamientos, sentimientos o acciones específicos sean percibidos como positivos o negativos.

Figura. 1.1. Las tres dimensiones del edadismo son los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Estas dimensiones pueden percibirse como positivas o negativase



1.1.2 Edadismo institucional, interpersonal y dirigido autoinflingido

El edadismo institucional se refiere a las leyes, regulaciones, normas sociales, políticas y prácticas de instituciones que limitan injustamente las oportunidades y perjudican sistemáticamente a las personas en función de su edad (1, 53, 56). También hace referencia a las ideologías que las instituciones fomentan para justificar su edadismo.

Aunque el edadismo institucional puede ser consecuencia de esfuerzos conscientes y manifiestos realizados por las personas en una institución (en cuyo caso, se solapa con el edadismo interpersonal), no requiere necesariamente el apoyo voluntario de

las personas de la institución ni que estas sean conscientes de la existencia de un sesgo adverso contra las personas jóvenes o las personas mayores. Es frecuente que las personas no perciban este edadismo institucional debido a que las regulaciones, normas y prácticas de la institución llevan mucho tiempo vigentes, se han ritualizado y son consideradas normales. Por otro lado, las ideologías institucionales (a menudo tácitas) ofrecen justificaciones respecto a "la manera en la que se hacen las cosas" (1, 53). Por lo tanto, aunque no siempre es intencionado, el edadismo institucional puede legitimar que se impida a ciertas personas tener poder e influencia, fortaleciendo con ello una estructura de poder asimétrica que se basa en la edad y en supuestos asociados a ella (57).

Dado que el edadismo institucional (como ocurre con el racismo o el sexismo institucionales) no es siempre el resultado de un sesgo manifiesto por parte de las personas, a menudo debe inferirse de los resultados diferentes que se dan en los distintos grupos etarios. Por ejemplo, en la atención de salud, es frecuente que las decisiones relativas a si mantener o no tratamientos de apoyo vital (por ejemplo, uso de respiradores, intervenciones quirúrgicas o diálisis) difieran en función de la edad, lo cual contribuye a hacer que los resultados obtenidos sean distintos en los diversos grupos etarios. Estas diferencias en los resultados pueden ser objeto luego de un rastreo respecto a su origen y atribuirse, al menos en parte, a las leyes, políticas o prácticas de la institución, a la que se considera entonces edadista a nivel institucional.

Por lo tanto, una consideración clave en lo relativo al edadismo institucional no es tanto

la de la intencionalidad, sino la de la disparidad en los resultados (55, 57, 58).

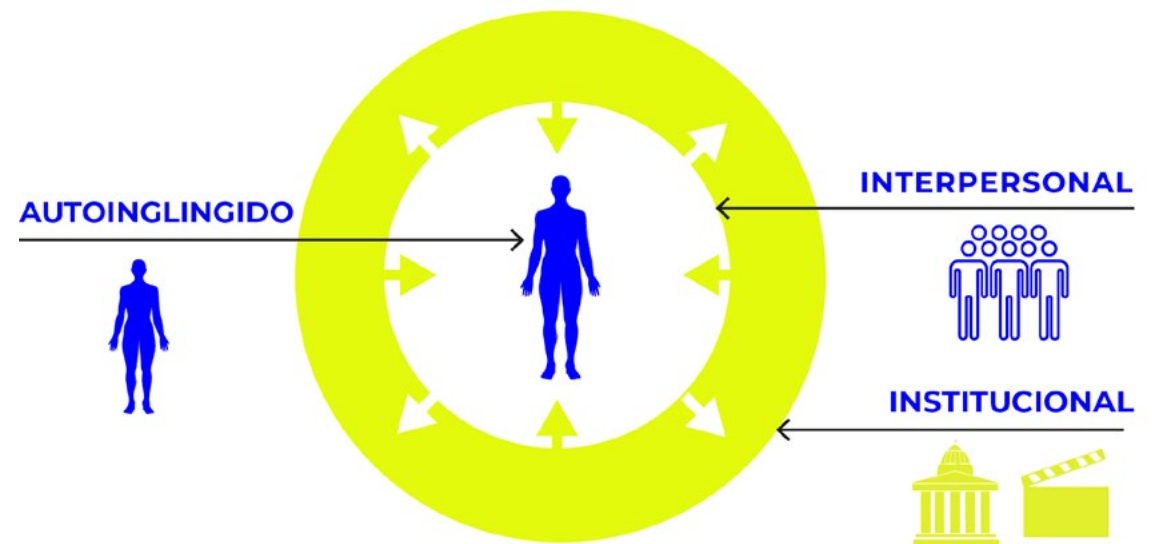
Como ejemplos de edadismo institucional cabe mencionar los siguientes:

- las políticas en el sector de la salud que permiten limitar la atención de salud en función de la edad (59); y
- las prácticas de contratación discriminatorias o las edades de jubilación obligatorias en el sector laboral (42, 43, 60).

El edadismo interpersonal es el que se produce durante las interacciones entre dos o más personas.

En el edadismo interpersonal, se distingue al causante del edadismo de la persona que lo sufre.

Figura. 1.2. El edadismo interpersonal, el institucional y el dirigido contra uno mismo (autoinflingido) están entrelazados y se potencian mutuamente



Como ejemplos del edadismo interpersonal cabe citar los siguientes:

- la falta de respeto o el tratamiento condescendiente de las personas mayores o las personas jóvenes, no tener en cuenta sus puntos de vista en la toma de decisiones o evitar el contacto y las interacciones con ellas;
- el uso de un tono excesivamente condescendiente y de un vocabulario y una estructura sintáctica sencillos al interactuar con las personas mayores (a lo que se denomina infantilismo en el lenguaje [elderspeak]). Este tipo de lenguaje, al dar por supuesto que las personas mayores tienen menor capacidad, las infantiliza y aumenta la probabilidad de que otras personas las consideren poco competentes o capaces y las traten con falta de respeto y de forma poco educada (61, 62);
- insultar a las personas mayores diciendo que su aportación carece de valor debido a su edad, o a las personas jóvenes diciendo que son desconsideradas, egoístas o delincuentes debido a su edad.

El edadismo autoinfligido (o autoinfligido) es el que una persona se aplica a sí misma. Las personas interiorizan las inclinaciones o sesgos basados en la edad que se dan en la cultura circundante después de estar expuestas reiteradamente a esas influencias, y luego los aplican a sí mismas (63).

Como ejemplos del edadismo autoinfligido cabe mencionar los siguientes:

- las personas de entre veinte y treinta años que piensan que

son demasiado jóvenes para un determinado puesto de trabajo y pueden ser reacios a solicitarlo;

- las personas mayores que no creen posible aprender nuevas competencias en una fase avanzada de la vida y dudan a la hora de matricularse en una universidad o iniciar una nueva afición.

Los tres niveles a los que se manifiesta el edadismo están entrelazados y se potencian mutuamente (véase la [figura 1.2](#)).

Las reglas, normas y prácticas institucionales edadistas, y las ideologías edadistas que fomentan, pueden configurar, y a la vez ser configuradas, por las actitudes personales (que subyacen en el edadismo interpersonal) de quienes forman parte de estas instituciones y de la sociedad en general.

Al mismo tiempo, el edadismo institucional e interpersonal puede interiorizarse y conducir a un edadismo autoinfligido. Y el edadismo autoinfligido puede hacer que las personas se adapten a los estereotipos relativos a la edad existentes en su sociedad, lo cual potencia, a su vez, el edadismo interpersonal e institucional.

1.1.3 Edadismo explícito e implícito

Las personas no siempre son conscientes de cuándo están siendo edadistas. El edadismo puede ser explícito o implícito, en función de que la persona se dé cuenta o sea consciente de ser edadista. En el edadismo explícito, los pensamientos, sentimientos y acciones edadistas de una persona hacia las demás o hacia sí misma son conscientes e intencionados (es decir, están bajo su control y las personas son conocedoras de ello).

Sin embargo, en el edadismo implícito, los

pensamientos, sentimientos y acciones edadistas de una persona hacia las demás o hacia sí misma se dan sin que haya conciencia de ello y son en gran parte no intencionados y están fuera del control de la propia persona (64). En el edadismo implícito, las personas no detectan los pensamientos, sentimientos y acciones que son provocados por estereotipos asociados a la edad y pueden racionalizar estos comportamientos atribuyéndolos a otros factores.

Por ejemplo, los empleadores, en vez de reconocer que prefieren contratar a una persona joven, podrían aducir la personalidad de un candidato de mayor edad o la falta de capacitación específica. Cuando en una cultura se interiorizan las actitudes edadistas y el edadismo presente en sus principales instituciones ha pasado a ser tan habitual y normalizado que deja de ser identificado por sus miembros, el edadismo ha pasado a formar parte del marco de referencia subconsciente de la sociedad, y puede expresarse en forma de un edadismo implícito (65).

1.2 CÓMO ACTÚA Y CÓMO SURGE EL EDADISMO

1.2.1 Interacciones entre estereotipos, prejuicios y discriminación

Dado que hay influencias mutuas entre nuestros pensamientos, sentimientos y acciones, la relación entre los estereotipos, los prejuicios y la discriminación es multidireccional (véase la [figura 1.3](#)). Los estereotipos pueden influir en los prejuicios y la discriminación; la discriminación puede influir en los estereotipos y los prejuicios; y los prejuicios pueden influir en la discriminación y los estereotipos. Por ejemplo, en inglés se ha observado que el uso de términos como elderly (ancianos) para referirse a las personas mayores suscita estereotipos negativos de fragilidad y dependencia respecto a las personas mayores (estereotipos) (66).

En un estudio se observó que las personas jóvenes con actitudes negativas hacia las personas mayores mostraban menor compasión hacia ellas y deseaban mantener la distancia respecto a ellas en vez de mostrarles empatía (prejuicio) (67). Otro estudio puso de manifiesto que los empleadores que tenían estereotipos negativos respecto a los empleados mayores se mostraban también más punitivos respecto a ellos (discriminación) (68).

Estas relaciones entre los estereotipos, los prejuicios y la discriminación no son automáticas. La mera activación de un estereotipo no implica que las personas tengan inevitablemente sentimientos negativos ni que actúen de una forma discriminatoria (69). Estas relaciones se ven influidas por los contextos en los que se producen, incluidas las leyes y la cultura (70).

Figura 1.3. Los estereotipos, los prejuicios y la discriminación interactúan entre ellos y tienen influencias mutuas en relaciones multidireccionales



1.2.2 El edadismo comienza en la infancia y se intensifica con el transcurso del tiempo

El edadismo comienza en la primera infancia. A partir de los 4 años, los niños se dan cuenta de los estereotipos existentes en su cultura respecto a la edad a través de las señales que captan de las personas que tienen a su alrededor (71, 72). Empiezan a interiorizar y usar estos estereotipos para hacer inferencias y orientar sus sentimientos y comportamientos respecto a las personas de diferentes edades (12, 73). Por ejemplo, a niños de preescolar y de escuela primaria se les mostraron dibujos que representaban a un hombre en cuatro etapas de la vida, y dos tercios de los niños consideraron al hombre de mayor edad "indefenso, incapaz de cuidar de sí mismo y, en general, pasivo" (63, 74).

También partimos de los estereotipos asociados a la edad presentes en nuestra cultura para orientar nuestras percepciones e interpretaciones sobre nosotros mismos, y para guiar nuestro comportamiento como miembros de un determinado grupo etario, lo cual puede conducir a un edadismo autointingido a cualquier edad. Por ejemplo, cuando las personas se hacen mayores, los estereotipos sobre el envejecimiento interiorizados en la infancia y reforzados luego durante décadas pueden pasar a ser estereotipos sobre uno mismo (63). De hecho, los estudios científicos han puesto de manifiesto que las personas mayores expresan actitudes respecto a su propio grupo que son igual de negativas que las expresadas por las personas jóvenes hacia las personas mayores (75). Por ejemplo, las personas mayores de Estados Unidos de América mostraron una probabilidad superior a la que tenían las personas jóvenes de oponerse a los programas federales que les beneficiaban, y su oposición a dichos programas podía predecirse por los

estereotipos que tenían respecto al envejecimiento (63).

Un comportamiento coherente con los estereotipos puede ser desencadenado también por lo que se conoce como una amenaza de estereotipo. La amenaza de estereotipo surge cuando las personas están por debajo del desempeño esperado en una tarea debido a su preocupación por la posibilidad de confirmar un estereotipo negativo acerca del grupo del que forman parte (76, 77). Por ejemplo, una persona mayor puede hacer peor una prueba de conducción o una prueba cognitiva debido a su ansiedad respecto a confirmar estereotipos acerca de que las personas mayores son malas conductoras o tienen una mayor lentitud mental. Además, al comportarse de una manera coherente con el estereotipo, las personas mayores pueden ayudar a reforzar las actitudes predominantes, y ello puede conducir a mayores prejuicios y discriminación asociados a la edad.

1.3 EDADISMO Y OTROS "-ISMOS"

El edadismo es, en cierta medida, diferente de otros "-ismos", como el racismo o el sexismo. Mientras que otros "-ismos" implican un sesgo contra algún grupo poblacional relativamente estable que no varía a lo largo del curso de vida, el edadismo es un sesgo contra una diana móvil. Las personas forman parte de grupos etarios distintos en diferentes momentos de su vida, por lo que, tendrán una probabilidad mayor o menor de ser edadistas o de ser objeto del edadismo en distintos momentos. Otra diferencia entre el edadismo y los demás "-ismos" está en que todas las personas pueden verse afectadas. Además, el edadismo tiende a ser más aceptado y a ser puesto en duda con menos frecuencia que otros "-ismos" (1, 78) y se ha observado que es

más generalizado que el sexismo y el racismo en los 28 países de Europa (79).

El edadismo puede interactuar con otras formas de sesgo, como el sexismo y el capacitismo, y puede acentuar las situaciones de desventaja, con lo que es posible que agrave las repercusiones en la salud y el bienestar de las personas (80-82). Es cada vez mayor el número de estudios que han explorado las interacciones e intersecciones entre diferentes "-ismos". El edadismo junto con el capacitismo y el edadismo junto con el sexismo son dos formas de intersección que se han explorado con cierto detalle.

1.3.1 Edadismo y capacitismo

El capacitismo son los estereotipos, los prejuicios y la discriminación hacia personas con discapacidad o personas que son percibidas como afectadas por una discapacidad. Edadismo y capacitismo están estrechamente entrelazados en formas que pueden conducir a menudo a una potenciación mutua (4).

Por ejemplo, dado que los estereotipos comúnmente asociados a las personas mayores (es decir, calidez pero poca competencia) son los mismos que los que se asocian a las personas con discapacidad, es posible que se potencien entre sí e impidan a las personas reconocer la diversidad que se observa en las personas mayores con una discapacidad (20). También es frecuente que se dé por supuesto que la discapacidad es habitual en las personas mayores (83, 84), lo que puede tener su origen en el hecho de que la mayor parte de las personas con discapacidad son personas mayores (85). No obstante, esto no significa que la mayoría de las personas mayores tengan alguna forma de discapacidad. El discurso acerca de envejecer bien (lo que se conoce como "envejecimiento exitoso"), que hace énfasis en mantener el cuerpo y la mente sin discapacidad en las personas

mayores, puede haber potenciado aún más el edadismo y el capacitismo (86).

En las personas jóvenes, el deterioro físico puede resultar especialmente perturbador, ya que pone en duda las expectativas de las personas respecto a las personas jóvenes como activas, independientes y con una buena capacidad física (87). Las personas jóvenes con una discapacidad pueden ser tratadas con desdén o con falta de respeto porque transgreden la norma cultural de la capacidad física, mientras que las personas mayores pueden ser tratadas, en cambio, con apoyo y empatía. Por ejemplo, en un estudio de Estados Unidos se observó que el vínculo entre la discapacidad y la discriminación percibida es más intenso en las personas en edad laboral que en las personas de edad igual o superior a 65 años (88).

Las personas con discapacidad son tratadas también como si fueran sustancialmente mayores o más jóvenes que las personas de la misma edad sin ninguna discapacidad. A menudo se las considera o bien como una persona mayor en una situación estereotipada de deterioro, o bien como un niño con una autonomía y competencia limitadas (89). Al mismo tiempo, la evidencia disponible indica que los programas, los gastos y las metas para las personas con discapacidad difieren sustancialmente en los distintos grupos etarios, de una forma que sugiere la presencia de edadismo (90). Por ejemplo, en Estados Unidos, los gastos públicos por persona son sustancialmente mayores para las personas jóvenes con discapacidad, y las opciones de atención rechazadas por las personas jóvenes con discapacidad (por ejemplo, la asistencia institucional) a menudo se consideran aceptables para las personas mayores (90). En Suecia, se ha observado que las políticas sobre la discapacidad son más beneficiosas para la población infantil y la población joven que para las personas

mayores con discapacidad (91). Esto resulta particularmente problemático si tenemos en cuenta que las personas mayores están sobrerrepresentadas en la población con discapacidad (85).

1.3.2 Edadismo y sexismo

La investigación sobre la repercusión combinada del sexismo y el edadismo en las personas mayores ha llegado a la conclusión de que las mujeres mayores (en comparación con los hombres mayores y jóvenes y con las mujeres jóvenes) son las que se ven más afectadas por las múltiples formas de discriminación.

Se ha acuñado el término de "edadismo según el género" para abarcar la intersección entre edad y género, con objeto de hacer referencia a las diferencias entre el edadismo que sufren las mujeres y el que sufren los hombres (92, 93). Es frecuente que las mujeres se encuentren en una situación de doble amenaza, en la que las normas patriarcales y un interés por la juventud tienen como consecuencia un deterioro más rápido de la situación para las mujeres mayores en comparación con la de los hombres (94). Esta doble amenaza explica también por qué el aspecto físico de las mujeres mayores se juzga de manera distinta del de los hombres mayores (95-99). Los hombres con el cabello gris y con arrugas se consideran distinguidos, sabios y experimentados, mientras que, en las mujeres, el cabello gris y las arrugas hacen que se las considere poco atractivas en muchas culturas. Las mujeres se enfrentan también a una presión mayor que la que tienen los hombres para ocultar las señales del envejecimiento mediante el empleo de tintes para el cabello y productos antienvjecimiento (100-102), y son el público objetivo de una industria en continuo crecimiento centrada en productos de belleza antienvjecimiento (103).

Otras dos formas en las que se manifiesta la intersección entre edadismo y sexismo son las acusaciones de brujería y la discriminación contra las mujeres mayores viudas. En algunas partes del África subsahariana, las acusaciones de brujería son generalizadas, y las mujeres mayores son perseguidas y acusadas de causar mala suerte, enfermedades o muerte (104). En muchas partes del mundo, las mujeres mayores viudas son discriminadas o sufren un ostracismo social. Por ejemplo, se les niega el derecho a heredar la propiedad que han compartido con sus esposos (105, 106) (véase el apartado 2.2 del capítulo 2).

La interacción entre el edadismo y el sexismo puede manifestarse en muchas instituciones diferentes. Por ejemplo, en lo relativo a la atención de salud, se han documentado disparidades en cuanto al acceso que tienen las mujeres mayores a la atención preventiva y el tratamiento. Múltiples estudios realizados en Estados Unidos han señalado que a los hombres mayores se les hacen generalmente exámenes médicos más completos y se les aplica un mayor seguimiento y una mayor atención médica basada en la evidencia, en comparación con las mujeres; y que los hombres tienen también una mayor probabilidad de que se les proporcione una atención preventiva (107-110).

En el empleo, las desventajas de ser demasiado joven o demasiado mayor afectan en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Esto indica que en estas franjas etarias, el hecho de ser mujer intensifica los prejuicios asociados a la edad (60, 101), lo cual no solo afecta a la carrera profesional de las mujeres, sino también a su capacidad de acceder a una pensión cuando son mayores (92). En comparación con los hombres mayores, las mujeres mayores han formado parte por lo general de la fuerza laboral durante menos años, han ganado menos dinero y es menos probable que reciban pensiones o que tengan ahorros sustanciales al jubilarse.

1.3.3 Otros "-ismos"

Aunque la investigación se ha centrado principalmente en las intersecciones del edadismo con el capacitismo y el sexismo, puede haber tantas intersecciones como formas existentes de estereotipos, prejuicios y discriminación, por ejemplo, con el racismo, el clasismo, el heterosexismo, la homofobia y la transfobia.

Una intersección importante que no se ha explorado suficientemente es la que se da entre el edadismo y el racismo, pero este es un campo de investigación que está en aumento. Por ejemplo, en Canadá hay evidencia que indica que la estigmatización es un obstáculo que dificulta a las mujeres negras jóvenes el acceso a los servicios y el apoyo de salud mental (111). En Estados Unidos, las mujeres de minorías mostraron una mayor probabilidad de informar de un tratamiento incorrecto debido a la edad en comparación con otras personas, incluidos los hombres blancos (112).

Otra intersección que se está explorando de manera creciente es la del edadismo con el heterosexismo y la sexualidad (113-115). Hay un conjunto cada vez mayor de investigaciones transculturales que muestran la importancia de examinar la forma en la que la edad, el género y la sexualidad actúan conjuntamente y también junto con otras formas de exclusión, como las basadas en el origen étnico y la clase, para causar toda una gama de inequidades (u oportunidades) para las personas a medida que envejecen. En estudios cualitativos se puso de manifiesto que las lesbianas mayores refieren experiencias frecuentes de homofobia, heterosexismo y edadismo en el sistema de atención de salud y en otros ámbitos (116), y que los hombres homosexuales y las mujeres lesbianas de raza negra y mayores se sienten marginados en la comunidad negra, ocultan deliberadamente su identidad y orientación sexual y se

sienten aislados (117). Estos resultados indican que la forma en la que se abordan estas identidades puede tener repercusiones en la adaptación de una persona al proceso del envejecimiento.

A pesar de estos avances de la investigación, serán necesarios nuevos estudios para explorar la intersección del edadismo con estos otros "-ismos" y las formas múltiples y combinadas de discriminación a las que da lugar.

1.4 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

En este capítulo se ha descrito en qué consiste el edadismo y cómo actúa. Se ha presentado la base conceptual para el resto del informe. El edadismo consiste en los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) contra las personas por razones de edad. Se manifiesta a tres niveles (institucional, interpersonal y dirigido auto-inflingido) y puede ser explícito o implícito.

El edadismo también puede interactuar e interrelacionarse con otros "-ismos" como el sexismo, el capacitismo y el racismo, acentuando por consiguiente la situación de desventaja sufrida.

Los estereotipos, los prejuicios y la discriminación basados en la edad interactúan y se potencian mutuamente. El edadismo tiende a comenzar en la infancia y se potencia con el transcurso del tiempo a través de las

interacciones entre las personas y sus entornos sociales. El edadismo también puede interactuar e interrelacionarse con otros "-ismos" como el sexismo, el capacitismo y el racismo, acentuando por consiguiente la situación de desventaja sufrida.

La definición de edadismo propuesta en este informe es el resultado de un proceso de refinamiento realizado a lo largo de varias décadas y ha alcanzado un considerable consenso entre los investigadores que trabajan en este campo.

Las prioridades futuras para comprender la naturaleza del edadismo deberán incluir lo siguiente:

- promover el uso de la definición propuesta en este informe para facilitar las comparaciones transculturales en la investigación y en la labor práctica;
- mejorar nuestro conocimiento sobre la forma en la que diferentes idiomas y culturas se refieren al edadismo, con objeto de facilitar su traducción;
- aumentar la concientización en todos los interesados directos clave sobre lo que es el edadismo, en especial en los países de ingresos bajos y medianos, para fomentar un conocimiento compartido del tema y estimular la adopción de medidas;
- llevar a cabo nuevas investigaciones sobre la forma en la que el edadismo se interrelaciona con otros "-ismos", lo cual tendrá importantes consecuencias para las medidas a adoptar para abordar el edadismo y otras formas de

estereotipos, prejuicios y discriminación.

REFERENCIAS

1. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of Ageism. *Nord Psychol.* 2009;61(3):4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>.
2. Ceaser D. Unlearning adultism at Green Shoots: a reflexive ethnographic analysis of age inequality within an environmental education programme. *Ethnogr Educ.* 2013;9(2):167–81. <https://doi.org/10.1080/17457823.2013.841083>.
3. North MS, Fiske ST. An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychol Bull.* 2012;138(5):982–97. <https://doi.org/10.1037/a0027843>.
4. Overall C. Old age and ageism, impairment and ableism: exploring the conceptual and material connections. *NWSA J.* 2006;18(1):126–37. <https://doi.org/10.1353/nwsa.2006.0016>.
5. Togonu-Bickersteth F. Perception of old age among Yoruba aged. *J Comp Fam Stud.* 1988;19(1):113–22. <https://doi.org/10.3138/jcfs.19.1.113>.
6. Togonu-Bickersteth F. Chronological definitions and expectations of old age among young adults in Nigeria. *J Aging Stud.* 1987;1(2):113–24. [https://doi.org/10.1016/0890-4065\(87\)90002-8](https://doi.org/10.1016/0890-4065(87)90002-8).
7. Troyansky DG. *Aging in world history.* London: Routledge; 2015.
8. *World report on ageing and health.* Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 28 September 2020).
9. Officer A, de la Fuente-Núñez V. A Global campaign to combat ageism. *Bull World Health Organ.* 2018;96(4):295–6. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>.
10. Kite ME, Whitley BJ, editors. *Psychology of prejudice and discrimination.* New York: Routledge; 2016.
11. Fiske ST. Stereotyping, prejudice, and discrimination. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, editors. *The handbook of social psychology, fourth edition.* New York: McGraw-Hill; 1998:357–411.
12. Krings F, Sczesny S, Kluge A. Stereotypical inferences as mediators of age discrimination: the role of competence and warmth. *Br J Manag.* 2011;22(2):187–201. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2010.00721.x>.
13. Wheeler SC, Petty RE. The effects of stereotype activation on behavior: a review of possible mechanisms. *Psychol Bull.* 2001;127(6):797–826. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.797>.
14. Amodio DM, Devine PG. Stereotyping and evaluation in implicit race bias: evidence for independent constructs and unique effects on behavior. *J Personal Soc Psychol.* 2006;91(4):652–61. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.652>.
15. Cuddy AJ, Fiske ST. Doddering but dear: process, content, and function in stereotyping of older persons. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons.* Cambridge (MA): MIT Press; 2002:3–26.
16. Duffy B, Shrimpton H, Clemence M. *Millennial: myths and realities.* Paris: IPSOS Mori; 2016 (<https://www.ipsos.com/sites/default/files/2017-07/ipsos-mori-thinks-millennial-myths-and-realities.pdf>, accessed 13 October 2020).
17. Hummert ML, Garstka TA, Shaner JL, Strahm S. Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *J Gerontol.* 1994;49(5):P240–9. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.5.p240>.
18. *Doddering but dear? Examining age-related stereotypes.* London: Centre for Ageing Better; 2020 (<https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2020-03/Doddering-but-dear.pdf>, accessed 13 October 2020).

19. Musaiger AO, D'Souza R, Al-Roomi K. Perception of aging and ageism among women in Qatar. *J Women Aging*. 2013;25(3):273–80. <https://doi.org/10.1080/08952841.2013.791602>.
20. Cuddy AJC, Norton MI, Fiske ST. This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *J Soc Issues*. 2005;61(2):267–85. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>.
21. Lockenhoff CE, De Fruyt F, Terracciano A, McCrae RR, De Bolle M, Costa PT Jr., et al. Perceptions of aging 26 cultures and their culture-level associates. *Psychol Aging*. 2009;24(4):941–54. <https://doi.org/10.1037/a0016901>.
22. Fiske ST, Cuddy AJC, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Personal Soc Psychol*. 2002;82(6):878–902. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.878>.
23. Cuddy AJ, Fiske ST, Kwan VS, Glick P, Demoulin S, Leyens JP, et al. Stereotype content model across cultures: towards universal similarities and some differences. *Br J Soc Psychol*. 2009;48(Pt 1):1–33. <https://doi.org/10.1348/014466608X314935>.
24. de Paula Couto MCP, Koller SH. Warmth and competence: stereotypes of the elderly among young adults and older persons in Brazil. *Int Perspect Psychol*. 2012;1(1):52–62. <https://doi.org/10.1037/a0027118>.
25. Bergman YS, Bodner E, Cohen-Fridel S. Cross-cultural ageism: ageism and attitudes toward aging among Jews and Arabs in Israel. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(1):6–15. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001548>.
26. North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychol Bull*. 2015;141(5):993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>.
27. Lagace M, Chamarkeh H, Grandena F. Cultural perceptions of aging: the perspective of Somali Canadians in Ottawa. *J Cross Cult Gerontol*. 2012;27(4):409–24. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9180-3>.
28. Intrieri RC, Kurth ML. Racial differences in attitudes toward aging, aging knowledge, and contact. *Educ Gerontol*. 2018;44(1):40–53. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1388962>.
29. Hummert ML, Shaner JL, Garstka TA, Henry C. Communication with older adults – the influence of age stereotypes, context, and communicator age. *Hum Commun Res*. 1998;25(1):124–51. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1998.tb00439.x>.
30. Kornadt AE, Rothermund K. Contexts of aging: assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66(5):547–56. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr036>.
31. Levy BR, Leifheit-Limson E. The stereotype-matching effect: greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychol Aging*. 2009;24(1):230–3. <https://doi.org/10.1037/a0014563>.
32. Fayehun O, Adebayo K, Gbadamosi O. The media, informal learning and ageism in Ibadan, Nigeria. *Niger J Sociol Anthropol*. 2014;12(1):13449. [https://doi.org/10.36108/njsa/4102/12\(0190\)](https://doi.org/10.36108/njsa/4102/12(0190)).
33. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as "frustrating" and "boring": understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *J Aging Stud*. 2012;26(4):476–83. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.06.007>.
34. Greene MG, Adelman R, Charon R, Hoffman S. Ageism in the medical encounter: an exploratory study of the doctor–elderly patient relationship. *Lang Commun*. 1986;6(1-2):113–24. [https://doi.org/10.1016/0271-5309\(86\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0271-5309(86)90010-8).
35. Michielutte R, Diseker RA. Health care providers' perceptions of the elderly and level of interest in geriatrics as a specialty. *Gerontol Geriatr Educ*. 1984;5(2):65–85. https://doi.org/10.1300/j021v05n02_08.
36. Reyes-Ortiz CA. Physicians must confront ageism. *Acad Med*. 1997;72(10):831. <https://doi.org/10.1097/00001888-199710000-00001>.
37. Gomez-Moreno C, Verduzco-Aguirre H, Contreras-Garduno S, Perez-de-Acha A, Alcalde-Castro J, Chavarri-Guerra Y, et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clin Transl Oncol*. 2019;21(12):1730–5. <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02107-w>.
38. Marquet M, Missotten P, Schroyen S, Nindaba D, Adam S. Ageism in Belgium and Burundi: a comparative analysis. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1129–39. <https://doi.org/10.2147/CIA.S105298>.
39. Ozdemir O, Bilgili N. Attitudes of Turkish nursing students related to ageism. *J Nurs Res*. 2016;24(3):211–6. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000131>.
40. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4105–16. <https://doi.org/10.1111/jocn.13939>.
41. Smeaton D, Parry J. Becoming an age-friendly employer: evidence report. London: Centre for Ageing Better; 2018 (<https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2018-09/Being-age-friendly-employer-evidence-report.pdf>, accessed 13 October 2020).
42. Bal AC, Reiss AE, Rudolph CW, Baltes BB. Examining positive and negative perceptions of older workers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66(6):687–8. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>.
43. Harris K, Krygsman S, Waschenko J, Laliberte Rudman D. Ageism and the older worker: a scoping review. *Gerontologist*. 2018;58(2):e1–14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw194>.
44. Posthuma RA, Champion MA. Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators, and future research directions. *J Manag*. 2009;35(1):158–88. <https://doi.org/10.1177/0149206308318617>.
45. Kluge A, Krings F. Attitudes toward older workers and human resource practices. *Swiss J Psychol*. 2008;67(1):61–4. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.67.1.61>.
46. Twenge JM. Generation me – revised and updated: why today's young Americans are more confident, assertive, entitled – and more miserable than ever before. New York: Simon and Schuster; 2014.
47. Finkelstein LM, Ryan KM, King EB. What do the young (old) people think of me? Content and accuracy of age-based metastereotypes. *Eur J Work Organ Psychol*. 2013;22(6):633–57. <https://doi.org/10.1080/1359432x.2012.673279>.
48. Gibson KJ, Zerbe WJ, Franken RE. The influence of rater and ratee age on judgments of work-related attributes. *J Psychol*. 1993;127(3):271–80. <https://doi.org/10.1080/00223980.1993.9915561>.
49. Makita M, Mas-Bleda A, Stuart E, Thelwall M. Ageing, old age and older adults: a social media analysis of dominant topics and discourses. *Ageing Soc*. 2019:1–26. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001016>.
50. Loos E, Ivan L. Visual ageism in the media. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:163–76 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_11, accessed 13 October 2020).
51. Griffin C. Representations of the young. In: Roche J, Tucker S, Flynn R, Thomson R, editors. *Youth in society: contemporary theory, policy and practice*. London: Sage; 2004:10–8.
52. Stangor C, Jhangiani R, Tarry H. *Principles of social psychology, first international edition*. Vancouver (Canada): BC Campus Open Education 2017 (<https://opentextbc.ca/socialpsychology/>, accessed 13 October 2020).
53. Dovidio JF, Hewstone M, Glick P, Esses VM. Prejudice, stereotyping and discrimination: theoretical and empirical overview. In: Dovidio JF, Hewstone M, Glick P, Esses VM, editors. *The Sage handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2010:3–28.

54. Posthuma RA, Wagstaff MF, Champion MA. Age stereotypes and workplace age discrimination: a framework for future research. In: Hedge JW, Borman WC, editors. *The Oxford handbook of work and aging*. Oxford: Oxford University Press; 2012:298–312.
55. Altman A. Discrimination. In: Zalta EN, editor. *Stanford encyclopedia of philosophy* [website]. Stanford (CA): Center for the Study of Language and Information, Stanford University; 2020 (<https://plato.stanford.edu/entries/discrimination/>, accessed 20 September 2020).
56. Lloyd-Sherlock PG, Ebrahim S, McKee M, Prince MJ. Institutional ageism in global health policy. *BMJ*. 2016;354:i4514. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>.
57. Heikkinen S, Krekula C. Ålderism—ett fruktbart begrepp [Ageism—a useful concept]? *Sociol forsk*. 2008;45:18–34 (in Swedish) (<https://sociologiskforskning.se/sf/article/view/19233>, accessed 13 October 2020).
58. Berard TJ. The neglected social psychology of institutional racism. *Sociology Compass*. 2008;2(2):734–64. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00089.x>.
59. Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, Alon S, Leibovitz A, Golander H, et al. Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *Eur J Ageing*. 2017;14(1):39–48. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>.
60. Duncan C, Loretto W. Never the right age? Gender and age-based discrimination in employment. *Gend Work Organ*. 2004;11(1):95–115. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2004.00222.x>.
61. Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: impact on dementia care. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2009;24(1):11–20. <https://doi.org/10.1177/1533317508318472>.
62. Balsis S, Carpenter BD. Evaluations of elderspeak in a caregiving context. *Clin Gerontol*. 2006;29(1):79–96. https://doi.org/10.1300/J018v29n01_07.
63. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(4):P203–11. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.p203>.
64. Levy BR, Banaji MR. Implicit ageism. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2004:49–75.
65. Levy BR. Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *Gerontologist*. 2001;41(5):578–9. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.578>.
66. Finding the frame: an empirical approach to reframing aging and ageism. Washington (DC): Frameworks Institute; 2017 (<https://www.frameworksinstitute.org/publication/finding-the-frame-an-empirical-approach-to-reframing-aging-and-ageism/>, accessed 13 October 2020).
67. Bergman YS, Bodner E. Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(9):1541–50. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000198>.
68. Rupp DE, Vodanovich SJ, Crede M. Age bias in the workplace: the impact of ageism and causal attributions. *J Appl Soc Psychol*. 2006;36(6):1337–64. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00062.x>.
69. Voss P, Bodner E, Rothermund K. Ageism: the relationship between age stereotypes and age discrimination. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:11–31 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_2, accessed 13 October 2020).
70. Dovidio JF, Brigham JC, Johnson BT, Gaertner SL. Stereotyping, prejudice, and discrimination: another look. In: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M, editors. *Stereotypes and stereotyping*. New York: Guilford; 1996:276–322.
71. Seefeldt C. Children's attitudes toward the elderly: a cross-cultural comparison. *Int J Aging Hum Dev*. 1984;19(4):319–28. <https://doi.org/10.2190/DFTB-2HCV-AHJW-6LFJ>.
72. Montepare JM, Zebrowitz LA. A social-developmental view of ageism. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:77–125.
73. Cuddy AJ, Fiske ST, Glick P. The BIAS map: behaviors from intergroup affect and stereotypes. *J Personal Soc Psychol*. 2007;92(4):631–48. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>.
74. Seefeldt C, Jantz RK, Galper A, Serock K. Using pictures to explore children's attitudes toward the elderly. *Gerontologist*. 1977;17(6):506–12. <https://doi.org/10.1093/geront/17.6.506>.
75. Nosek BA, Banaji MR, Greenwald AG. Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dyn*. 2002;6(1):101–15. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.6.1.101>.
76. Lamont RA, Swift HJ, Abrams D. A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychol Aging*. 2015;30(1):180–93. <https://doi.org/10.1037/a0038586>.
77. Steele CM. *Whistling Vivaldi: and other how stereotypes affect us and what we can do*. New York: W.W Norton; 2010.
78. Palmore E. Ageism comes of age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70(6):873–5. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv079>.
79. Ayalon L. Perceived age, gender, and racial/ethnic discrimination in Europe: results from the European Social Survey. *Educ Gerontol*. 2014;40(7):499–517. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.845490>.
80. Gayman MD, Barragan J. Multiple perceived reasons for major discrimination and depression. *Soc Mental Health*. 2013;3(3):203–20. <https://doi.org/10.1177/2156869313496438>.
81. Grollman EA. Multiple forms of perceived discrimination and health among adolescents and young adults. *J Health Soc Behav*. 2012;53(2):199–214. <https://doi.org/10.1177/0022146512444289>.
82. Grollman EA. Multiple disadvantaged statuses and health: the role of multiple forms of discrimination. *J Health Soc Behav*. 2014;55(1):3–19. <https://doi.org/10.1177/0022146514521215>.
83. Kelley-Moore JA, Schumacher JG, Kahana E, Kahana B. When do older adults become "disabled"? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *J Health Soc Behav*. 2006;47(2):126–41. <https://doi.org/10.1177/002214650604700203>.
84. Taylor P, Morin R, Parker K, Cohn D, Wang W. *Growing old in America: expectations vs. reality*. Washington (DC): Pew Research Center; 2009 (<https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/3/2010/10/Getting-Old-in-America.pdf>, accessed 13 October 2020).
85. *World report on disability 2011*. Geneva: World Health Organization, World Bank; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>, accessed 13 October 2020).
86. Gibbons HM. Compulsory youthfulness: intersections of ableism and ageism in "successful aging" discourses. *Rev. Disabil Stud*. 2016;12:1–19 (<http://hdl.handle.net/10125/58668>, accessed 13 October 2020).
87. McPherson BD. Sociocultural perspectives on aging and physical activity. *J Aging Phys Act*. 1994;2(4):329–53. <https://doi.org/10.1123/japa.2.4.329>.
88. Namkung EH, Carr D. Perceived interpersonal and institutional discrimination among persons with disability in the U.S.: do patterns differ by age? *Soc Sci Med*. 2019;239:112521.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112521>.

89. Paterson K, Hughes B. Disability studies and phenomenology: the carnal politics of everyday life. *Disabil Soc.* 1999;14(5):597–610. <https://doi.org/10.1080/09687599925966>.
90. Kane RL, Priester R, Neumann D. Does disparity in the way disabled older adults are treated imply ageism? *Gerontologist.* 2007;47(3):271–9. <https://doi.org/10.1093/geront/47.3.271>.
91. Jönson H, Larsson AT. The exclusion of older people in disability activism and policies – a case of inadvertent ageism? *J Aging Stud.* 2009;23(1):69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.09.001>.
92. Jyrkinen M. Women managers, careers and gendered ageism. *Scand J Manag.* 2014;30(2):175–85. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2013.07.002>.
93. Krekula C, Nikander P, Wilińska M. Multiple marginalizations based on age: gendered ageism and beyond. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018:33–50 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_3, accessed 13 October 2020).
94. Barrett AE, Naiman-Sessions M. 'It's our turn to play': performance of girlhood as a collective response to gendered ageism. *Ageing Soc.* 2016;36(4):764–84. <https://doi.org/10.1017/S0144686x15000021>.
95. Deusch FM, Zalenski CM, Clark ME. Is there a double standard of aging? *J Appl Soc Psychol.* 1986;16(9):771–85. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1986.tb01167.x>.
96. Sontag S. The double standard of aging. In: Pearsall M, editor. *The other within us: feminist explorations of women and aging.* New York: Routledge; 1997:19–24.
97. Musaiger AO, D'Souza R. Role of age and gender in the perception of aging: a community-based survey in Kuwait. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48(1):50–7. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.10.002>.
98. Lincoln AE, Allen MP. Double jeopardy in Hollywood: age and gender in the careers of film actors, 1926–1999. *Sociol Forum.* 2004;19(4):611–31. <https://doi.org/10.1007/s11206-004-0698-1>.
99. Cruikshank M. *Learning to be old: gender, culture, and aging*, third edition. Lanham (MD): Rowman & Littlefield; 2013.
100. Dingman S, Otte MEM, Foster C. Cosmetic surgery: feminist perspectives. *Women Ther.* 2012;35(3-4):181–92. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684536>.
101. Jyrkinen M, Mckie L. Gender, age and ageism: experiences of women managers in Finland and Scotland. *Work Employ Soc.* 2012;26(1):61–77. <https://doi.org/10.1177/0950017011426313>.
102. Clarke LH, Griffin M. Visible and invisible ageing: beauty work as a response to ageism. *Ageing Soc.* 2008;28(5):653–74. <https://doi.org/10.1017/S0144686x07007003>.
103. Calasanti T. Bodacious berry, potency wood and the aging monster: gender and age relations in anti-aging ads. *Soc Forces.* 2007;86(1):335–55. <https://doi.org/10.1353/sof.2007.0091>.
104. Eboiyehi FA. Convicted without evidence: elderly women and witchcraft accusations in contemporary Nigeria. *J Int Women's Stud.* 2017;18(4):247–65 (<https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1976&context=jiws>, accessed 13 October 2020).
105. Eboiyehi FA, Akinyemi AI. We are strangers in our homes: older widows and property inheritance among the Esan of South-South Nigeria. *Int J Ageing Dev Ctries.* 2016;1(2):90–112 (<https://www.inia.org.mt/wp-content/uploads/2017/01/1.2-4-Nigeria-90-to-112-Final.pdf>, accessed 13 October 2020).
106. Kimani EN, Maina LW. Older women's rights to property and inheritance in Kenya: culture, policy, and disenfranchisement. *J Ethn Cult Divers Soc Work.* 2010;19(4):256–71. <https://doi.org/10.1080/15313204.2010.523647>.
107. Gochfeld M. Sex–gender research sensitivity and healthcare disparities. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(2):189–94. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1632>.
108. Cameron KA, Song J, Manheim LM, Dunlop DD. Gender disparities in health and healthcare use among older adults. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(9):1643–50. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1701>.
109. Travis CB, Howerton DM, Szymanski DM. Risk, uncertainty, and gender stereotypes in health-care decisions. *Women Ther.* 2012;35(3-4):207–20. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684589>.
110. Chrisler JC, Barney A, Palatino B. Ageism can be hazardous to women's health: ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *J Soc Issues.* 2016;72(1):86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>.
111. Taylor D, Richards D. Triple jeopardy: complexities of racism, sexism, and ageism on the experiences of mental health stigma among young Canadian Black women of Caribbean descent. *Front Sociol.* 2019;4:43. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00043>.
112. Collins TA, Dumas TL, Moyer LP. Intersecting disadvantages: race, gender, and age discrimination among attorneys*. *Soc Sci Q.* 2017;98(5):1642–58. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12376>.
113. Barrett C, Hinchliff S. *Addressing the sexual rights of older people: theory, policy and practice.* London: Routledge; 2017.
114. King A, Almack K, Jones RL, editors. *Intersections of ageing, gender and sexualities: multidisciplinary international perspectives.* Bristol: Policy Press; 2019 (<https://open-researchlibrary.org/viewer/14844558-066b-417b-b1ba-3c700424b02e/1>, accessed 13 October 2020).
115. Harding R, Peel E, editors. *Ageing and sexualities.* London: Taylor & Francis; 2016.
116. Averett P, Yoon I, Jenkins CL. Older lesbian experiences of homophobia and ageism. *J Soc Serv Res.* 2013;39(1):3–15. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.727671>.
117. Woody I. Aging out: a qualitative exploration of ageism and heterosexism among aging African American lesbians and gay men. *J Homosex.* 2014;61(1):145–65. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835603>.

02

ESCALA DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS MAYORES

VERA, 82,
KIRGUISTÁN

“ En los hospitales, a veces tenemos que hacer largas colas para que nos atienda un médico y, cuando lo hace, hay algunos médicos que no se molestan en escuchar todo lo que tenemos que decirle, y mucho menos en examinarnos adecuadamente. Cuando comenzamos a explicar a los médicos cuáles son nuestros problemas de salud, a menudo nos dicen que esos problemas se deben a la edad que tenemos y que son cambios que se producen de forma natural. Me siento muy desamparada y rechazada, pero no hay ningún lugar al que acudir para quejarse de ello. Y aun en el caso de que nos quejáramos, dudo que nos escucharán. ”

Vera, 82, Kirguistán

©Malik Alymkulov/ HelpAge International

En este capítulo se presenta la evidencia disponible respecto a la escala del edadismo institucional, el interpersonal y el dirigido autoinflingido. En el apartado 2.1 se describe el alcance del edadismo institucional mediante un examen de la forma en la que se manifiesta en diversos tipos de instituciones. En el apartado 2.2 se examinan las pruebas disponibles sobre la prevalencia del edadismo interpersonal en todo el mundo. En el apartado 2.3 se presenta un panorama general de lo poco que se sabe sobre la escala del edadismo autoinflingido. Un conocimiento exacto de la escala del edadismo contra las personas mayores constituye un primer paso crucial en los esfuerzos para reducirlo.

El edadismo contra las personas mayores se da de forma generalizada en las instituciones, incluidas las que prestan atención de salud y asistencia social, así como en los lugares de trabajo, los medios de comunicación y otros ámbitos.

El edadismo es algo generalizado:

- a nivel mundial una de cada dos personas es edadista;
- en Europa, una de cada tres personas mayores afirma haber sufrido edadismo.

La prevalencia del edadismo es mayor en los países de ingresos bajos y medianos.

2.1 EDADISMO INSTITUCIONAL

El edadismo institucional puede manifestarse en diferentes instituciones, como las que prestan atención de salud y asistencia social, así como en los lugares de trabajo, los medios de comunicación y el sistema legal.

2.1.1. Edadismo en la atención de salud y la asistencia social

El racionamiento de la atención de salud en función de la edad se da de forma generalizada. Una revisión sistemática publicada en el 2020 puso de manifiesto que, en el 85% (127) de 149 estudios, la edad determinó qué personas eran tratadas con determinadas intervenciones o tratamientos médicos (1). En un estudio de cinco centros médicos de Estados Unidos se examinó la forma en la que la edad afectó a las decisiones del personal médico en lo que respecta a la aplicación de tratamientos de soporte vital en 9000 pacientes con enfermedades que tienen tasas de mortalidad elevadas. El personal médico tenía mayores probabilidades de no utilizar respiradores, intervenciones quirúrgicas o diálisis a medida que aumentaba la edad del paciente. En el caso del uso de respiradores, el porcentaje de decisiones de no utilizar este tratamiento

aumentó en un 15% con cada diez años de edad; en el caso de las intervenciones quirúrgicas, el aumento fue del 19% con cada 10 años; y en el caso de la diálisis, el aumento fue del 12% (2).

Las personas mayores tienden a ser excluidas de la investigación en el ámbito de la salud a pesar de que tienen una parte desproporcionadamente alta de la carga de enfermedad total y del uso de medicamentos y tratamientos prescritos. En una revisión sistemática se encontró evidencia indicativa de edadismo en la totalidad de los 49 estudios en los que se investigó la conexión entre la edad y la exclusión de diferentes tipos de investigaciones de salud (1). Estos estudios indicaron que las personas mayores fueron excluidas sistemáticamente de los ensayos clínicos en cardiología, medicina interna, nefrología, neurología, medicina preventiva, psiquiatría, reumatología, oncología y urología, aunque muchos de los trastornos de salud estudiados en dichos ensayos tienen una mayor prevalencia en las personas mayores.

Por consiguiente, los pacientes incluidos en muchos ensayos clínicos no son representativos de la distribución real de los pacientes en la población general, y es posible que los resultados de esas investigaciones sobre la seguridad y la eficacia de los tratamientos no sean aplicables a la población de personas mayores (1). La investigación sobre la enfermedad de Parkinson, que afecta principalmente a la población de personas mayores, pone de relieve esa exclusión. Un análisis sistemático de 206 estudios de investigación para los que se reclutó a pacientes con enfermedad de Parkinson llegó a la conclusión de que casi el 50% de ellos había excluido a los pacientes de edad superior a 79,3 años (3).

No está claro en qué medida los profesionales de la salud y de la asistencia social muestran actitudes edadistas hacia los pa-

cientes, aunque existe la percepción de que esto es frecuente (4, 5). En un examen de 12 revisiones bibliográficas sobre el edadismo en profesionales de la salud (por ejemplo, enfermeras, prestadores de atención de salud en general, estudiantes de medicina y de enfermería) se llegó a la conclusión de que la evidencia disponible al respecto es contradictoria y poco concluyente, y de que muchos de los estudios eran de mala calidad.

Esta revisión resalta la urgente necesidad de estudios de alta calidad sobre el edadismo en los profesionales de la salud y la asistencia social, dado que el edadismo está ligado a una reducción del acceso a la atención de salud (5). Una revisión del 2017 sobre las actitudes de las enfermeras respecto a la atención prestada a las personas mayores llegó a la conclusión de que había una escasez de estudios de investigación sobre el tema y de que la evidencia limitada disponible indicaba que las actitudes de las enfermeras eran complejas y contradictorias (6).

Varios estudios han puesto de manifiesto también que los profesionales de la salud mental no disponen de la formación adecuada para trabajar con pacientes mayores, carecen de las competencias clínicas necesarias para diagnosticar y trabajar con pacientes mayores que presentan problemas de salud mental, tienen actitudes negativas respecto a este grupo poblacional y están menos dispuestos a trabajar con ellos (7).

Aunque la demanda de asistencia social, incluidos los cuidados a largo plazo, ha aumentado y se prevé que se incremente aún más como consecuencia del envejecimiento de la población (8), la investigación existente sobre las manifestaciones del edadismo en la asistencia social, incluidos los cuidados a largo plazo, es limitada, en particular en los entornos de recursos bajos (4). No obstante, en los pocos estudios disponibles se indica la existencia de manifestaciones claras de

edadismo en los cuidados a largo plazo. Por ejemplo, un estudio de Canadá observó que la mayoría de las personas mayores residentes en centros de cuidados a largo plazo percibían la comunicación con los cuidadores como edadista. Los cuidadores usaban un lenguaje controlador y patrones de comunicación infantiles y condescendientes (9). En los centros de cuidados a largo plazo de Israel, el edadismo fue evidente en la falta de diagnósticos médicos exactos, la ridiculización de los residentes mayores, el descuido habitual de sus necesidades y los intentos de ahorrar dinero a su costa (10).

En Australia, varias encuestas y revisiones revelaron la presencia de edadismo en el sector de los cuidados a largo plazo, por ejemplo, en los tipos de servicios al alcance de las personas mayores, el lenguaje utilizado al interactuar con personas mayores y los supuestos asumidos respecto a sus preferencias y capacidades. En respuesta a ello, la Comisión de Derechos Humanos de Australia hizo una presentación a la Comisión Real sobre la Calidad de la Asistencia y la Seguridad de las Personas Mayores, que in-

cluyó una serie de recomendaciones acerca de cómo abordar el edadismo en los cuidados a largo plazo mediante la adopción de una perspectiva de derechos humanos (11).

El sesgo respecto a la edad puede afectar al tipo de información que los profesionales de la salud buscan en sus interacciones con los pacientes. Por ejemplo, en un estudio se observó que los psiquiatras del Reino Unido preguntan por los antecedentes sexuales con mucha mayor frecuencia a los varones de mediana edad que a los hombres mayores (12), y ello podría tener consecuencias en la detección y el tratamiento tempranos de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de otros trastornos (véase el apartado 3.1 del capítulo 3).

Otro ejemplo de la presencia insidiosa del edadismo en la atención de salud y la asistencia social es el que se ha puesto de manifiesto durante la pandemia producida por el nuevo coronavirus del 2019 (COVID-19) que ha afectado a aspectos centrales de las sociedades y las economías (véase el **recuadro 2.1**).

Recuadro 2.1

El edadismo y la COVID-19

La OMS declaró que el brote de la enfermedad producida por el nuevo coronavirus del 2019 (COVID-19) constituía una pandemia el 11 de marzo del 2020 (13). La evidencia obtenida a nivel mundial ha puesto de manifiesto que las personas mayores se enfrentan a una tasa de letalidad de esta enfermedad significativamente mayor que la de las personas que forman parte de grupos de menor edad (14, 15). La tasa de letalidad aumenta también en las personas que tienen trastornos subyacentes que afectan al sistema inmunitario, cardiovascular y respiratorio, y dichos trastornos son frecuentes en las personas mayores (16, 17). En muchos países, la evidencia disponible indica que más del 40% de las muertes relacionadas con la COVID-19 han estado vinculadas a establecimientos de cuidados a largo plazo, con cifras que alcanzan un 80% en estos centros en algunos países de ingresos altos (14).

Esta pandemia no solo ha tenido un costo devastador en cuanto a la vida de muchas personas mayores en todo el mundo, sino que ha puesto de manifiesto también la discriminación, los estereotipos y los prejuicios basados en la edad existentes respecto a las personas mayores. Se han descrito prácticas discriminatorias en el acceso a los servicios de salud y a otros recursos fundamentales en varios países, especialmente respecto a las personas mayores que viven en residencias de cuidados a largo plazo (18, 19). Por ejemplo, en algunos contextos la asignación de los recursos escasos, como los respiradores o el acceso a las unidades de cuidados intensivos, se ha hecho teniendo en cuenta solamente la edad cronológica (20). Esto puede considerarse poco ético y edadista en el contexto de esta pandemia, dado que la edad cronológica tan solo tiene una correlación moderada con la edad biológica o con el pronóstico a corto plazo, y las personas mayores son las que se han visto más afectadas en lo que respecta a los graves resultados de esta pandemia (21, 22).

También se ha usado la edad cronológica para determinar las medidas físicas de aislamiento en diferentes países. Por ejemplo, en el Reino Unido, inicialmente se dieron instrucciones a las personas de edad igual o superior a 70 años para que se autoaislaran durante cuatro meses (23); en Bosnia y Herzegovina, a las personas mayores no se les permitió salir de sus domicilios durante varias semanas cuando se produjo el brote (24); y en Colombia (25) y Serbia (26), las medidas de confinamiento se aplicaban tan solo a las personas mayores. Las estrategias utilizadas para retirar las medidas de confinamiento en muchos países hicieron también distinciones en función de la edad cronológica. Por ejemplo, en varias ciudades de los Emiratos Árabes Unidos, a las personas mayores de 60 años no se les permitió entrar en los centros comerciales o en los restaurantes cuando estos volvieron a abrir tras el período de confinamiento de la población (27). De manera análoga, en Filipinas, a las personas mayores de 60 años no se les permitió utilizar los cuatro sistemas de ferrocarril del Metro de Manila cuando estos reanudaron su funcionamiento una vez levantado el confinamiento de la población (28).

El uso de la edad cronológica como único criterio para las medidas físicas de aislamiento y para la prolongación de los períodos de confinamiento es discriminatorio ya que no tiene en cuenta las capacidades y las necesidades muy diversas de las personas mayores. Este tipo de medidas pueden aumentar los riesgos de aislamiento social y soledad, limitar la capacidad de las personas mayores de participar en comportamientos de autocuidado, y poner en riesgo la capacidad de los sistemas de atención de salud y de asistencia social de responder a las necesidades médicas y sociales preexistentes de las personas mayores, lo cual puede tener, en última instancia, una repercusión negativa en la salud y el bienestar de esas personas (29-31). El aislamiento físico de las personas mayores respecto a su red social tradicional (es decir, familia, amigos, profesionales de la salud y la asistencia) en medio de la pandemia también ha comportado un mayor riesgo de discriminación y maltrato, ya sea en los entornos de cuidados a largo plazo o en el propio domicilio (32-34). Además, la caracterización de la enfermedad como un "trastorno de las personas mayores", exigiendo el aislamiento

de tan solo estas o recomendando que las personas jóvenes permanezcan en casa para proteger a sus abuelos, puede alentar a las personas jóvenes y a otras personas a no seguir las directrices de salud pública (35).

El edadismo se ha manifestado también en las noticias y la cobertura de la pandemia realizada por los medios de comunicación, donde se ha descrito en general a las personas mayores como un grupo vulnerable y homogéneo, que difiere sustancialmente de los demás grupos etarios (36). Describir a las personas mayores como frágiles, vulnerables, y necesitadas de protección, no tiene en cuenta la gran diversidad que se evidencia en ellas. La emisión de este tipo de mensajes puede tener repercusiones graves en la salud y el bienestar de las personas mayores. Aunque es necesario identificar e informar a los grupos poblacionales que tienen un mayor riesgo, el discurso edadista respecto a las personas jóvenes y mayores comporta un riesgo de enfrentar a distintos grupos poblacionales entre sí, como pone de relieve la rápida difusión del hashtag "boomer remover" [eliminador de la generación del baby boom] en referencia a que el virus afecta gravemente a las personas mayores. De hecho, casi una cuarta parte de toda la comunicación realizada por Twitter sobre las personas mayores y la COVID-19 ha sido clasificada como edadista (37). En un estudio comparable realizado en la plataforma china Weibo (que es similar a Twitter) se puso de manifiesto que los temas más populares relativos a la COVID-19 y las personas mayores fueron los relativos a su contribución a la sociedad, pero hubo también una presencia de los temas de vulnerabilidad y necesidad de protección de las personas mayores (38). En España, un análisis de 501 titulares de dos periódicos de ámbito nacional evidenció que 358 de ellos (71%) describían a las personas mayores de manera negativa (39).

Los modelos matemáticos de la COVID-19 que se han usado para guiar la respuesta frente a la pandemia a menudo no han tenido en cuenta tampoco a los grupos poblacionales que reciben cuidados a largo plazo, y esta omisión es una forma de edadismo en las estadísticas y los datos, dado que el riesgo de propagación de la COVID-19 es mayor en los establecimientos de cuidados a largo plazo en comparación con el que se da en la población general (40).

La pandemia de COVID-19 no solo ha puesto de manifiesto el edadismo presente en diferentes entornos, sino que ha brindado también la oportunidad de llevar a cabo muchas iniciativas positivas, que reflejan solidaridad y cohesión. Por ejemplo, se ha elaborado información en línea destinada específicamente a las personas mayores (41), se han realizado campañas sobre la salud mental de las personas mayores (42) y también se han desarrollado tecnologías digitales y un apoyo para su uso con objeto de ayudar a las personas mayores a comunicarse durante el confinamiento (43). Las personas mayores también han participado en muchas iniciativas de solidaridad en la respuesta a la pandemia, contribuyendo por ejemplo en las líneas telefónicas de ayuda, ofreciendo ayuda a distancia a los niños para realizar sus deberes, y volviendo al trabajo en el caso de los profesionales de la salud de primera línea ya jubilados.

El contenido de este recuadro se basa en una revisión rápida de la bibliografía llevada a cabo en mayo del 2020 y actualizada en agosto del 2020, con el empleo de los términos de búsqueda "ageism" y "COVID-19" o "corona" en inglés en Google Scholar [Google Académico]. La revisión inicial se complementó con una búsqueda mediante el empleo de las funciones "cited by" y "related to" de Google Scholar, para encontrar otros artículos a partir de una fuente pertinente. Para encontrar otros posibles artículos no detectados se utilizaron también términos de búsqueda más específicos como "media", "policy", "lockdown", "triage", "long-term care", "nursing homes", "residential care" y "COVID-19" o "corona". Se usó la misma estrategia de búsqueda en la búsqueda realizada en Google. Dado que no se trata de una revisión sistemática de la evidencia, es posible que haya bibliografía de interés que no se haya identificado, incluida la relativa a posibles manifestaciones de edadismo en contra de personas jóvenes o de personas mayores.

2.1.2 Edadismo en el lugar de trabajo

Varias revisiones han demostrado que el edadismo en el lugar de trabajo se da a lo largo de todo el ciclo laboral: durante el reclutamiento, una vez que una persona es contratada y durante los procesos de despido o jubilación (1, 44-47). El edadismo en el lugar de trabajo puede limitar los ingresos de las personas mayores, como se explica en el capítulo 3.

Por ejemplo, en una revisión sistemática de 60 estudios se observó que los empleadores mostraban una menor probabilidad de contratar a aspirantes mayores que a aspirantes jóvenes; que una vez contratadas, las personas mayores tenían menos acceso a la capacitación; y que quienes afrontaban edadismo en el lugar de trabajo tenían una mayor probabilidad de jubilarse de forma temprana (1).

En un metaanálisis que resumió cuantitativamente el efecto del edadismo contra las personas mayores en el lugar de trabajo se observó que el proceso de contratación de las personas mayores, su avance profesional,

las evaluaciones de su desempeño y las evaluaciones de las aptitudes interpersonales se vieron afectados por el edadismo (44). Los ejemplos específicos que se indican a continuación ilustran las manifestaciones de edadismo que se dan durante las diferentes fases del ciclo laboral.

En una amplia variedad de sectores (por ejemplo, hostelería, ventas, contabilidad), las personas jóvenes tienen una mayor probabilidad de ser entrevistadas y contratadas que las personas de mediana edad y que las personas mayores (48). Por ejemplo, en España, cuando se presentó a empleadores el curriculum vitae de una persona de mayor edad y de otra de menor edad, con características equivalentes, se dio prioridad a los candidatos más jóvenes frente a los de mediana edad para seis ocupaciones evaluadas (49). En esta investigación, el porcentaje de segundas llamadas para una entrevista en los candidatos de 28 años fue un 77% superior al que se dio en los candidatos de 38 años. La desventaja con la que se encuentran los aspirantes de mayor edad puede aumentar en los trabajos que requieren una capacitación especializada o en los lugares de trabajo en los que se produce un cambio

tecnológico (50, 51). Estos resultados de la investigación se reflejan en una encuesta de la percepción pública del 2015 en la que se observó que más de la mitad de los europeos consideraban que la edad era una desventaja para los solicitantes de empleo que tenían 55 años o más, pero tan solo un 16% consideraba que lo fuera para los solicitantes de empleo de menos de 30 años (52).

En las personas con empleo, el edadismo afecta al acceso a las posibilidades de capacitación, lo que afecta a los trabajadores de mayor edad. Un estudio realizado en Suiza puso de manifiesto que el 53% de los empleados de todas las edades consideraba que la capacitación de los trabajadores mayores es más difícil, y el 52% creía que los trabajadores mayores están menos interesados en ocupar puestos que representasen un reto (53). La Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa reveló que casi la mitad de las personas con empleo de más de 50 años de Grecia, Hungría, Polonia y España declaraba no tener oportunidades de capacitación (54).

El edadismo puede contribuir también a que las personas mayores se jubilen prematuramente. En un estudio experimental realizado con trabajadores no manuales de Bélgica, aquellos a los que se presentó información negativa respecto a las capacidades de las personas mayores mostraron luego una mayor probabilidad de expresar una voluntad de jubilarse tempranamente, en comparación con aquellos a los que se presentó información positiva (55).

2.1.3 Edadismo y medios de comunicación

En los medios de comunicación hay un edadismo generalizado (56-59). La forma de presentar a las personas en la televisión y los medios de comunicación social y en los medios impresos es crucial, ya que influye

en nuestras percepciones e interacciones cotidianas, incluida la forma en la que nos relacionamos con las personas mayores y la forma en la que nos vemos a nosotros mismos con el avance de la edad (58).

En una revisión de 25 estudios empíricos, realizados entre los años 1982 y 2020, que analizó la representación visual de las personas mayores en los anuncios y los programas de televisión y de medios impresos de Europa y América del Norte, se observó que, hasta los años noventa, las personas mayores estaban infrarrepresentadas y eran caracterizadas de forma negativa. En los años noventa, aunque las personas mayores continuaron estando infrarrepresentadas, hubo un cambio, pasando de los estereotipos negativos de las personas mayores, considerándolas poco atractivas, infelices, poco sanas, solitarias y dependientes, a un nuevo estereotipo de persona mayor activa, que disfruta de la vida y que mantiene un estilo de vida saludable (58). En este cambio hacia una presentación positiva del envejecimiento puede acechar de modo implícito una forma más sutil de edadismo: que la buena salud en la etapa posterior de la vida es una elección y una responsabilidad de la propia persona y que las desigualdades en el acceso a los recursos tienen poca influencia en ello (58).

Dos estudios ilustran la infrarrepresentación de las personas mayores en los medios de comunicación. En el primero se observó que tan solo un 1,5% de los personajes de la televisión de Estados Unidos eran personas mayores y que en su mayoría tenían papeles secundarios y a menudo eran presentadas para un efecto cómico, basándose en estereotipos de poca eficacia física, cognitiva y sexual (60). En el segundo, un análisis de series de televisión del período de máxima audiencia de Alemania, se observó que tan solo un 8,5% de los personajes principales eran personas mayores (61).

Cada vez se presta mayor atención a la investigación sobre el edadismo en las redes sociales. Un estudio centrado en la representación del envejecimiento y de las personas mayores en Twitter en el que se analizaron 1200 mensajes puso de manifiesto que el lenguaje utilizado en ellos refuerza a menudo los estereotipos negativos de las personas mayores como un grupo falto de poder, vulnerable y homogéneo, y del envejecimiento como algo a lo que resistirse o algo que retardar o disfrazar (62). En otro estudio de 354 mensajes de Twitter se observó que el 12% (43) contenía un lenguaje edadista (63). Un análisis de 84 grupos de Facebook dedicados a las personas mayores puso de relieve que el edadismo era abundante dentro de esos grupos. Un análisis de las descripciones que presentaban los grupos evidenció que todos menos uno se centraban en estereotipos negativos respecto a la edad: un 74% (62/84) criticaban a las personas mayores, un 27% (23/84) las infantilizaban y un 37% (31/84) preconizaban apartarlas de actividades públicas como ir de compras (64).

Las caracterizaciones utilizadas en los medios de comunicación son diversas en distintas partes del mundo. Una revisión de 25 estudios transnacionales de las regiones de la OMS de las Américas, Europa, Sudeste Asiático y Pacífico Occidental, en los que se examinó la forma de describir a las personas mayores en los medios de comunicación, puso de manifiesto la existencia de diferencias importantes entre estas sociedades, así como entre los países asiáticos (57). Por ejemplo, en la prensa de la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China, la vulnerabilidad era un tema predominante (65), mientras que en los medios de difusión chinos, destacaban el respeto filial hacia las personas mayores (66, 67). En una comparación de la forma en la que se presenta a las personas mayores en los anuncios emitidos en la televisión en el período de máxima au-

diencia en República de Corea y en Estados Unidos, se observó que era más probable que las personas mayores tuvieran papeles principales y fueran descritas de forma positiva en República de Corea (68).

En Japón, un análisis de unos 3000 anuncios de televisión emitidos en las cinco principales cadenas de televisión comerciales indicó que las personas mayores fueron presentadas de manera más favorable, aparecieron con mayor frecuencia y tuvieron papeles más importantes en el año 2007 que en el año 1997. De todos modos, las personas mayores continuaban estando infrarrepresentadas (69). Un estudio en el que se pidió a estudiantes de Nigeria que describieran cómo se caracterizaba a las personas mayores en las películas nigerianas reveló que creían que las personas mayores eran presentadas como "malvadas", "débiles", "pobres" y "diabólicas" (70).

El edadismo y el sexismo interactúan en los medios de comunicación. Un análisis de 2000 películas de Hollywood indicó que a las mujeres se les asignan menos diálogos cuanto mayor es su edad: un 38% de los diálogos en las mujeres de 22 a 31 años y un 20% en las de 42 a 65 años. En cambio, a los actores varones se les asignan más líneas de diálogo a medida que aumenta su edad, hasta llegar a los 65 años. A esta edad se les empieza a considerar mayores. A partir de esa edad, los hombres tienen tan solo un 5% de los diálogos y las mujeres un 3% (71). El hecho de que las mujeres tengan una probabilidad mucho menor que la de los varones de estar representadas en los medios de comunicación se ha descrito en todo el mundo (61, 68, 72, 73).

2.1.4 Edadismo y sistema legal

El edadismo contra las personas mayores en el sistema legal se ha estudiado en lo relativo al uso de límites etarios arbitrarios en la le-

gislación, y en los procedimientos judiciales y sus resultados. Como ejemplos de límites arbitrarios cabe mencionar la legislación que especifica un límite superior de edad para el trasplante de órganos con independencia de la capacidad intrínseca del paciente (74) y la legislación que establece una jubilación laboral obligatoria basándose únicamente en la edad cronológica (75, 76).

Los estudios de procedimientos judiciales y sus resultados han detectado también la presencia de edadismo. En un estudio realizado en Israel se preguntó a mujeres mayores por su experiencia legal durante los procedimientos de divorcio en una fase avanzada de la vida. Estas mujeres indicaron que habían sufrido edadismo en la forma en la que eran tratadas por abogados y jueces (77). Otro estudio realizado en Israel, en el que se examinó el conocimiento y las actitudes de los abogados respecto al envejecimiento y las personas mayores, reveló que los abogados mostraban un nivel bajo de conocimientos sobre el envejecimiento, pero tenían unas actitudes en su mayor parte neutras y no edadistas respecto a sus clientes mayores (78).

Otro estudio esclareció los efectos de la edad y el sexo sobre la credibilidad de los testigos (79). Unos 1300 estudiantes de pregrado leyeron un resumen de un caso y la declaración de los testigos, con diferencias en cuanto al sexo y la edad (49, 69, 79 o 89 años) del testigo. El estudio reveló que los testigos mayores no eran percibidos como menos creíbles que los testigos jóvenes, e indicó también que los varones mayores, pero no así las mujeres mayores, eran considerados más creíbles que los testigos de mediana edad.

2.1.5 Otros entornos institucionales

El edadismo se manifiesta en una amplia

variedad de instituciones y sectores de otro tipo, como los de vivienda, tecnología, finanzas y respuestas a emergencias, y la forma en la que se obtienen y se recopilan los datos y las estadísticas; la investigación ha prestado menos atención a todo ello.

Vivienda

Por lo que respecta a la vivienda, la discriminación por motivos de edad puede darse durante la selección de los posibles arrendatarios, en los términos y condiciones que se aplican a los arrendatarios y en la forma en la que se exige a las personas que se marchen de la vivienda (80). Por ejemplo, en Japón, un estudio reveló que la discriminación contra los arrendatarios mayores se asociaba a varios factores, como el temor a que discutieran con otros arrendatarios; la preocupación por posibles problemas de negligencia o seguridad, como los incendios; y la preocupación por la posibilidad de que los arrendatarios mayores permanecieran durante mucho tiempo, dificultando con ello el aumento del alquiler (81). El edadismo se puede manifestar también en la falta de accesibilidad, seguridad y calidad de la vivienda para las personas mayores (82).

Tecnología

Aunque la tecnología es prometedora para mejorar las vidas de las personas mayores, se ha abierto una brecha digital entre personas jóvenes y personas mayores que se debe en parte al edadismo (83-85). Por ejemplo, es posible que las personas mayores que interiorizan el estereotipo de que una persona mayor no es capaz de dominar la tecnología ni siquiera intenten adoptar las nuevas tecnologías (85). Los estereotipos edadistas pueden explicar también por qué las personas mayores rara vez forman parte de los grupos de discusión en los que se evalúa el diseño de las nuevas tecnologías digitales (84).

Instituciones financieras

Se ha observado que muchos planes de crédito y préstamo, en especial en los países de ingresos bajos y medianos, discriminan contra las personas mayores, de una manera que a menudo las imposibilita a recibir estos beneficios. Las mujeres se ven especialmente desfavorecidas (un ejemplo más de la forma en la que interactúan edadismo y sexismo) ya que a menudo no disponen de ingresos independientes, no tienen el control de activos fijos como la tierra que pueden usarse como garantía y tienen una exposición limitada a los negocios o al sector de empleo formal (86, 87).

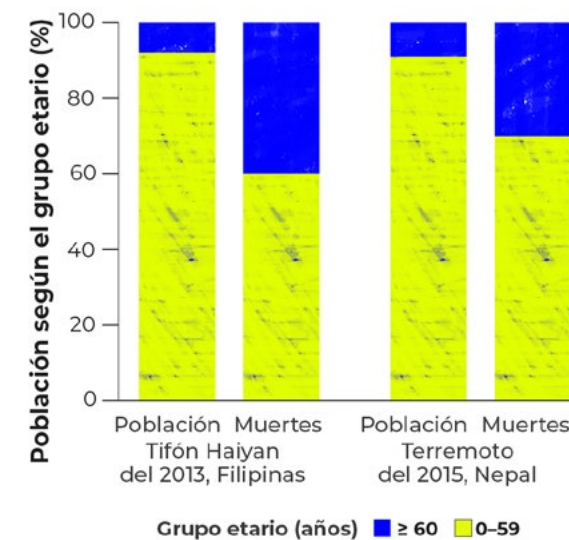
Las instituciones financieras de los países de ingresos altos reconocen que el edadismo es generalizado (88, 89). Los estudios sobre el edadismo en los servicios financieros son

aun extremadamente infrecuentes. Un informe de la Autoridad de Conducta Financiera del Reino Unido puso de manifiesto que es probable que las personas mayores sean objeto de discriminación por razones de edad en los servicios financieros, ya que la edad (pero no así el sexo ni la raza) puede ser usada como factor de riesgo al establecer el precio de productos financieros, y las instituciones financieras pueden negarse a proporcionar productos a determinados grupos etarios. Por ejemplo, dado que los riesgos de los seguros no se distribuyen de manera uniforme en las diversas franjas etarias, se establece un límite máximo de edad para la mayor parte de nuevas pólizas de seguros para viajes, y las hipotecas y primas de seguros de salud privados tienen un costo superior para las personas mayores (90, 91).

Desastres naturales y emergencias debidas a conflictos

El descuido respecto a las personas mayores durante los desastres naturales y las emergencias debidas a conflictos se ha hecho más visible en los últimos años (92-97). Las personas mayores constituyen un porcentaje sustancial y cada vez mayor de los individuos afectados por emergencias (92), incluidos los desastres naturales y los conflictos. Por ejemplo, en la figura 2.1 se muestra la repercusión desproporcionada que pueden tener los desastres naturales en las personas mayores (93). Las personas mayores también son desatendidas en lo que respecta al financiamiento asignado para las respuestas humanitarias. Un informe del 2016 examinó el financiamiento humanitario proporcionado a través del proceso de llamamientos unificados de las Naciones Unidas, utilizándolo como indicador indirecto del grado en el que se reflejan las necesidades específicas de las personas mayores en la programación de la ayuda humanitaria (94). Se observó que, de los 16.221 proyectos realizados entre el 2010 y el 2014, tan solo un 6% (1009) incluyeron

Figura 2.1. Comparación de los grupos poblacionales afectados y las muertes ocurridas durante desastres naturales en Nepal y Filipinas, según la edad



Fuente: reproducido con permiso de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (93).

una o varias actividades destinadas a las personas mayores o que incluyeran a las personas mayores junto con otros grupos vulnerables. Tan solo el 51% (513) de estos proyectos recibieron financiamiento.

Estadísticas y datos

El edadismo también se manifiesta en la forma en la que se obtienen y recopilan los datos y las estadísticas. Como ejemplo cabe mencionar el hecho de que simplemente no se obtengan datos acerca de las personas mayores o de que, cuando sí se obtienen, no se presenten de forma desglosada. Por ejemplo, muchas series de datos de salud pública se centran en las mujeres de 15 a 49 años o agrupan todos los datos en un único grupo etario de >60 años o de >65 años, con lo que se oculta la gran diversidad existente en las personas mayores.

El uso de la razón de dependencia (número de personas mayores [edad >60 o >65 años]/ número de personas adultas en edad laboral [15-64 años]) es otro caso de edadismo, ya que se parte del supuesto de que todas las personas mayores son dependientes. Muchas personas mayores continúan contribuyendo a la economía. Las personas mayores continúan proporcionando un apoyo económico o en especie a sus hijos o nietos. Realizan labores de voluntariado. Muchas (especialmente en los países sin pensiones de jubilación o con unas pensiones limitadas) continúan trabajando en empleos formales o informales durante todo el tiempo que pueden (98). La razón de dependencia no refleja este hecho.

Un tercer ejemplo que a menudo se señala es el indicador de mortalidad prematura, definido como el porcentaje de personas de 30 años que fallecen antes de cumplir los 70 como consecuencia de toda una gama de trastornos como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades res-

piratorias crónicas. Este indicador es usado por la OMS y se incluye en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y ha sido interpretado como una clara señal favorable a la discriminación contra las personas mayores en la asignación de los recursos de atención de salud y la obtención de datos (99).

Educación

La educación es un sector clave en el que tan solo se está empezando a prestar atención al edadismo. En Estados Unidos, por ejemplo, en el 2014, hubo casi 300.000 adultos de edad igual o superior a 55 años matriculados en estudios superiores, y un 21,5% de la población de edad igual o superior a 70 años estaba matriculada en alguna forma de aprendizaje continuo o educación de adultos (100).

El edadismo en la enseñanza superior en Estados Unidos adopta diferentes formas, y se ve facilitado por la estructura históricamente segregada por edades de la enseñanza superior. Puede manifestarse en actitudes contra las personas mayores por parte del personal y los estudiantes, y en forma de actitudes negativas por parte de las propias personas mayores acerca de la reanudación de sus estudios. A menudo hay obstáculos estructurales edadistas, como la falta de financiamiento y servicios de apoyo (por ejemplo, la ayuda con la tecnología) que dificultan el camino de los estudios de las personas mayores (101). Es muy poca la evidencia que hay relativa al edadismo en los estudios en el resto del mundo.

2.2 EDADISMO INTERPERSONAL

En este apartado se presenta una descripción general de la prevalencia del edadismo interpersonal, y se abordan tanto la prevalencia de las actitudes edadistas en los diver-

sos países y culturas, como las experiencias de edadismo descritas.

2.2.1 Presencia de actitudes edadistas

Una estimación de la prevalencia del edadismo interpersonal basada en una encuesta de más de 83.000 personas de 57 países de las seis regiones mundiales de la OMS, realizada entre los años 2010 y 2014, puso de manifiesto que al menos una de cada dos personas tenía actitudes (es decir, estereotipos y prejuicios) moderada o sumamente edadistas (102).

Este estudio clasificó también a los países como países con actitudes edadistas bajas, moderadas o altas, y observó que 34 de los

57 países presentaban edadismo moderado o alto (véase la figura 2.2). La prevalencia más alta de edadismo se detectó en los países de ingresos bajos y en los de ingresos medianos-bajos (por ejemplo, India, Nigeria y Yemen): un 39% de los encuestados de países de ingresos bajos y de países de ingresos medianos-bajos tenían actitudes edadistas altas. Esto resulta preocupante, dado que alrededor de la mitad (48,3%) de la población del mundo vive en países de ingresos bajos y de ingresos medianos-bajos: un 9,3% en los países de ingresos bajos y un 39% en los países de ingresos medianos-bajos (103).

Se observaron tasas de prevalencia inferiores en los países de ingresos más altos (por ejemplo, Australia, Japón y Polonia): un 69%

Recuadro 2.2

Calidad de las escalas utilizadas para medir el edadismo

Se realizó una revisión sistemática de las escalas utilizadas para medir el edadismo contra las personas mayores, con objeto de evaluar su fiabilidad y validez (es decir, su calidad) (106). Se encontraron once escalas distintas usadas para medir el edadismo, pero solo la escala de expectativas respecto al envejecimiento (Expectations Regarding Aging) cumplió los tres criterios mínimos de calidad en cuanto a fiabilidad y validez. Esta escala evalúa únicamente la dimensión del estereotipo del edadismo, tanto hacia otras personas como hacia uno mismo. Por lo tanto, no evalúa las otras dos dimensiones del edadismo: los prejuicios y la discriminación. Ninguna escala mostró una validez transcultural, lo cual constituye una limitación grave para llevar a cabo estudios transnacionales o transculturales. La revisión observó también que, de las múltiples medidas diferentes disponibles para el edadismo implícito, ninguna había sido evaluada en el mínimo de tres estudios que era necesario para ser incluida en la revisión. Hasta donde sabemos, aún es menos lo que se conoce acerca de la calidad de las escalas utilizadas para medir el edadismo que afecta a otros grupos etarios o para medir el edadismo institucional.

Una conclusión inevitable de la revisión es que las estimaciones disponibles de la prevalencia del edadismo pueden no ser exactas, dado que se han realizado utilizando instrumentos que a menudo carecen de fiabilidad y validez. Hay una urgente necesidad de elaborar y validar una escala que pueda medir con exactitud la magnitud real y la distribución de todas las diferentes dimensiones del edadismo (106). Dada la importancia fundamental de disponer de una medida fiable y válida del edadismo, la OMS y sus colaboradores están elaborando una escala de este tipo como tarea prioritaria.

de los participantes de países de ingresos altos mostraron actitudes edadistas bajas, en comparación con el 18% de los de países de ingresos bajos y de ingresos medianos-bajos.

Por lo que respecta a la distribución según las características sociodemográficas, los análisis de estos datos indicaron que la prevalencia de actitudes sumamente edadistas fue ligeramente superior en las personas jóvenes y en los varones, y fue notablemente mayor en las personas con un menor nivel de estudios (102). Es importante señalar que en este estudio se usó una medición del edadismo más exhaustiva que la de muchos estudios anteriores (véase el recuadro 2.2). Las regiones de la OMS de África y del Sudeste Asiático mostraron un porcentaje más elevado de la población con actitudes moderada o sumamente edadistas (85,2% y 86,4%, respectivamente), mientras que la Región del Pacífico Occidental tuvo un porcentaje más bajo de la población (un 36,6%) con actitudes moderada o sumamente edadistas (véase la figura 2.3). Un análisis adicional de los datos puso de manifiesto que no había diferencias notables entre hombres y mujeres en cuanto a las actitudes edadistas en ninguna de las regiones de la OMS (102).

Edadismo en los diversos países y culturas

Recién empiezan a explorarse las diferencias en las tasas de edadismo presentes en distintos países y culturas y los factores que pueden explicarlas. El análisis de la OMS que se ha presentado antes, basado en datos de 57 países, puso claramente de manifiesto que las tasas de edadismo varían en diversos lugares del mundo, de tal manera que los países de ingresos bajos y de ingresos medianos-bajos son los que muestran niveles más elevados.

En una revisión del 2015 basada en 37 artí-

culos se exploró con mayor profundidad el tema de las diferencias culturales en cuanto al edadismo (104). El punto de partida fue la creencia muy difundida de que las culturas de las regiones de la OMS del Sudeste Asiático y del Pacífico Occidental (por ejemplo, China, India, Japón, Filipinas y Vietnam) muestran mayor aprecio por las personas mayores, en comparación con la existente en las culturas anglófonas (es decir, Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos) y en las culturas de la Región de la OMS de Europa (por ejemplo, Austria, Dinamarca, Grecia y Suecia) debido a las tradiciones colectivistas más potentes de piedad filial.

El análisis encontró evidencia en sentido contrario: las culturas anglófonas y las de la región de la OMS de Europa parecen mostrar un mayor aprecio por las personas mayores en comparación con lo observado en las culturas de las regiones de la OMS del Sudeste Asiático y del Pacífico Occidental. Sin embargo, un examen más detallado mostró una imagen más compleja.

Por ejemplo, la revisión observó que las personas de China, Japón y República de Corea eran las que manifestaban una mayor negatividad respecto a las personas mayores en las regiones de la OMS del Sudeste Asiático y del Pacífico Occidental. Los europeos no anglófonos eran los que mostraban una mayor negatividad respecto a las personas mayores, en comparación con lo observado en América del Norte y en otros países anglófonos. Además, las personas de dos países (Francia y Suiza) tenían más percepciones negativas respecto a las personas mayores que las personas de las regiones de la OMS del Sudeste Asiático y del Pacífico Occidental. En este análisis se observó también que las opiniones negativas sobre las personas mayores parecen ser impulsadas por los cambios demográficos

Figura 2.2. Mapa de los países en el que se muestra su clasificación como países con actitudes edadistas bajas, moderadas o altas

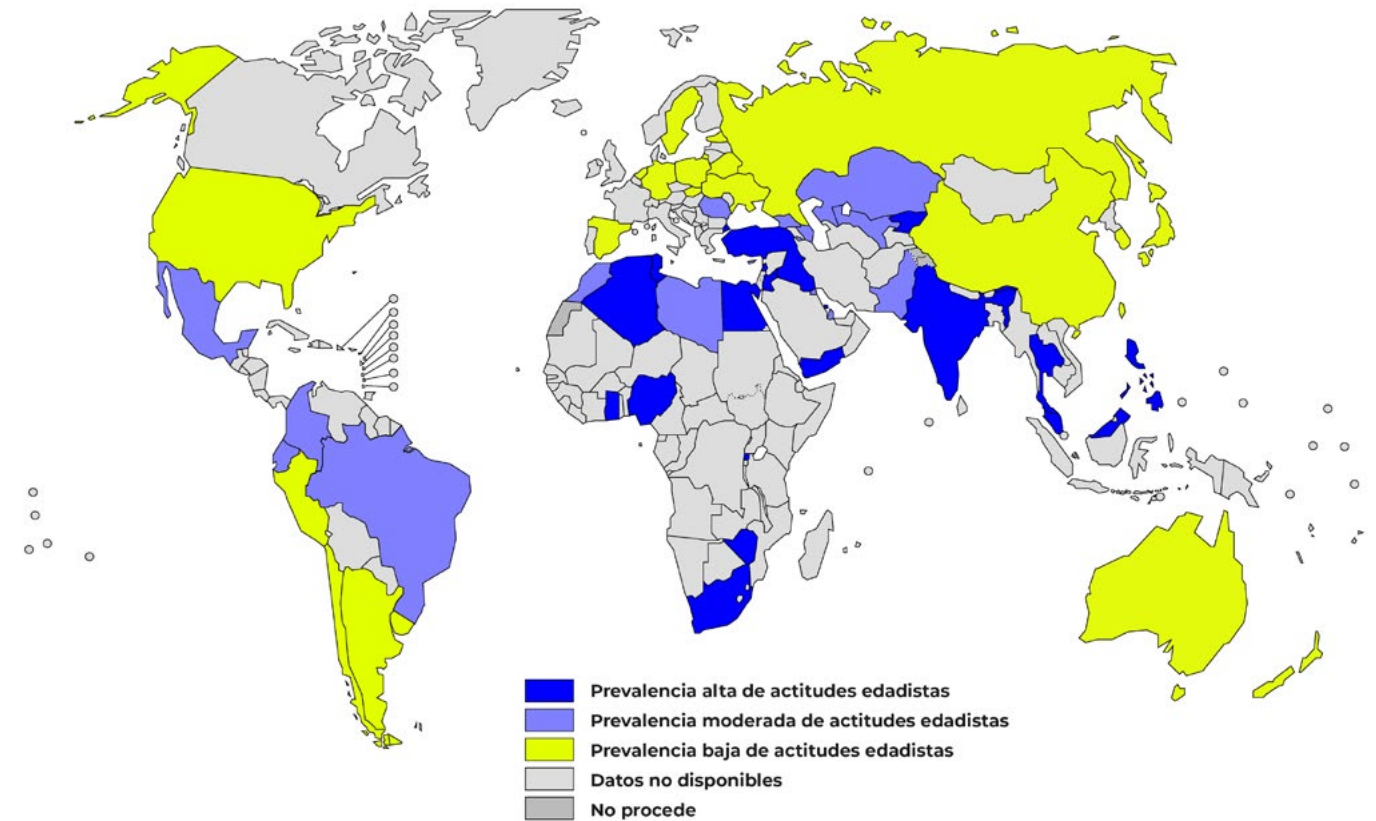
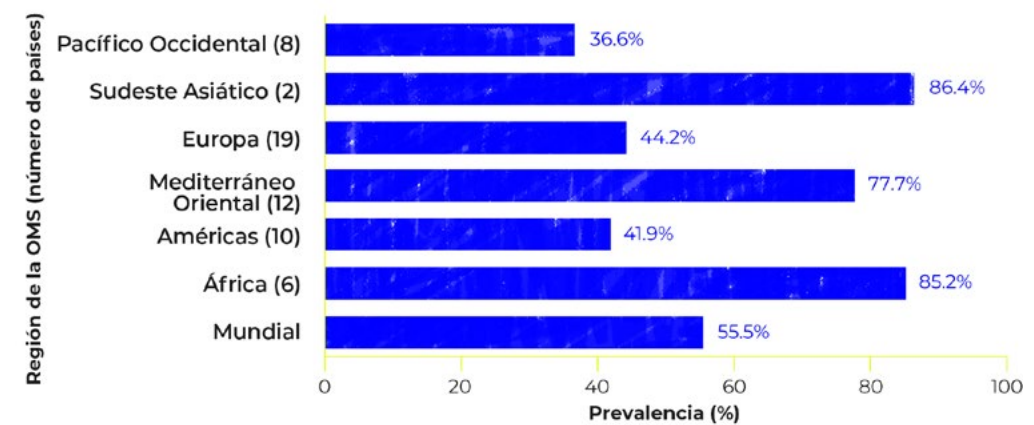


Figura 2.3. Prevalencia de habitantes que tienen actitudes moderada o sumamente edadistas según la región de la OMS, basada en un análisis adicional de los datos 102



Nota: Los porcentajes son aplicables tan solo a los datos agrupados de los países incluidos en el análisis para cada región (por ejemplo, los 12 países de la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental)

rápidos y recientes que se han producido en el envejecimiento de la población (véase el capítulo 5).

Estos y otros resultados ponen de relieve que el uso de generalizaciones amplias y geográficas no es adecuado para comprender las actitudes contemporáneas respecto a las personas mayores (104, 105).

Una revisión del 2019 sobre las actitudes respecto al envejecimiento y a las personas mayores en las culturas árabes identificó siete estudios empíricos del tema (107). La revisión dibuja un cuadro heterogéneo y poco concluyente, y pone de manifiesto la necesidad de más investigación y de mejor calidad al respecto. Algunos de los estudios señalaron percepciones más positivas del envejecimiento en las culturas árabes que en las de los demás países estudiados (por ejemplo, Francia, Países Bajos), como una mayor tolerancia respecto a las personas mayores, una percepción más fuerte de la contribución de las personas mayores a la sociedad y un mayor sentimiento de pie-

dad filial. Sin embargo, en otros estudios, realizados a veces dentro del mismo país, predominó una opinión más negativa. Los resultados poco concluyentes pueden deberse a diferencias entre los encuestados en cuanto a género, edad, residencia en zonas urbanas o rurales o nivel de estudios. Los autores especulan sobre la posibilidad de que las diferencias puedan deberse también en parte a la presión de las normas sociales que prescriben reverencia respecto a las personas mayores. Esto puede llevar a los encuestados a ser reacios a expresar opiniones negativas acerca de personas mayores concretas, pero mostrarse más abiertos a ser críticos con las personas mayores en general.

Edadismo a lo largo del tiempo

Los estereotipos etarios asociados a las personas mayores pueden haber pasado a ser más negativos a lo largo del tiempo, según lo que sugiere la evidencia limitada disponible en el mundo de habla inglesa (108, 109). Sin embargo, no tenemos datos mundiales sobre

las tendencias históricas en la prevalencia. Un estudio basado en un análisis del corpus de inglés estadounidense histórico (Corpus of Historical American English) de 400 millones de palabras (1810-2009) reveló que los estereotipos etarios han pasado a ser más negativos (de un modo lineal) durante los últimos 200 años, y que los estereotipos etarios pasaron de ser positivos a ser negativos aproximadamente en el año 1880. Hubo dos factores principales asociados a este cambio: la medicalización del envejecimiento y la proporción de la población de edad superior a 65 años (108).

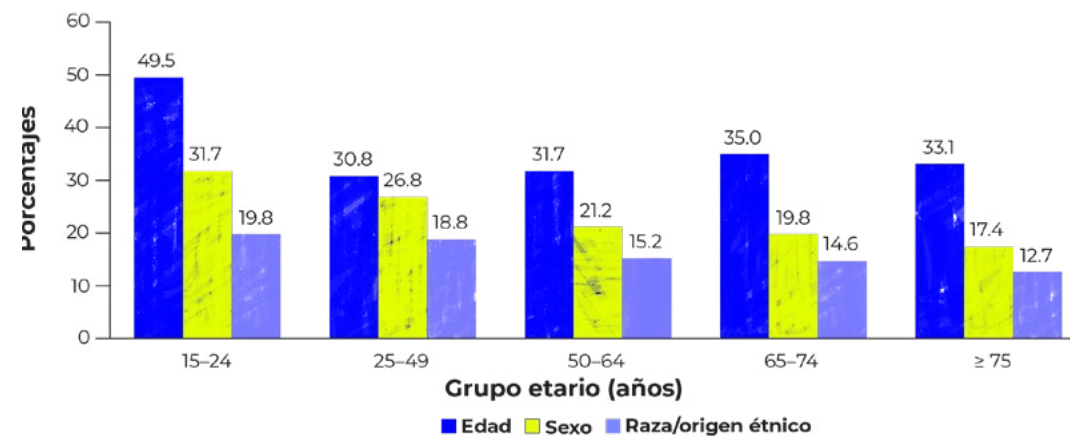
En otro estudio llevado a cabo con el empleo del motor de búsqueda Ngram Viewer de Google Books, que representa gráficamente la frecuencia de aparición de palabras en más de 5 millones de libros de ficción y no ficción, publicados entre los años 1800 y 2000, se observó que a partir de comienzos del decenio de 1900 hubo un cambio para pasar de un mayor número de términos positivos acerca de las personas mayores a un número menor, lo cual podría reflejar

un cambio en las actitudes respecto a ellas (109). Los análisis revelaron también que las mujeres jóvenes y las mayores han estado infrarrepresentadas en la literatura en los últimos 200 años, con una diferencia máxima observada en el año 1900 en el que el término "hombre mayor" se identificó con una frecuencia más de tres veces superior a la frecuencia de "mujer mayor".

2.2.2 Experiencias y percepciones de edadismo interpersonal

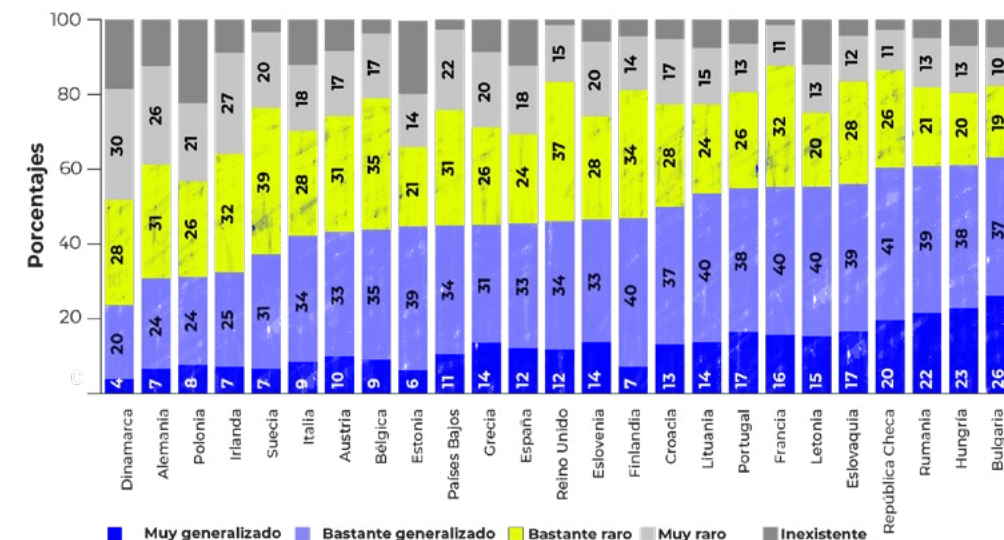
Conocer la proporción de personas que tienen actitudes edadistas es importante; sin embargo, estas cifras son incompletas y es probable que se trate de subestimaciones. Es probable que se infravaloren los datos sobre las actitudes, dada la tendencia de las personas a dar respuestas socialmente aceptables en vez de optar por respuestas que reflejen sus actitudes y comportamientos reales (110). Además de los datos sobre las actitudes, es esencial tener información sobre el número de personas que afirman

Figura. 2.4. Porcentaje de personas que respondieron a la Encuesta Social Europea e indicaron haber sufrido un trato injusto debido a su edad, sexo, raza u origen étnico, por grupos etarios, 2008-2009 (incluye tan solo a personas que no valoraron su experiencia como 0 en una escala de 0 [no han sufrido nunca un trato incorrecto] a 4 [lo han sufrido muy a menudo])



Fuente: reproducido con permiso de Abrams et al. (111).

Figura. 2.5. Comparación de las percepciones de discriminación contra las personas mayores de 55 años en 25 países de la Unión Europea



Fuente: reproducido con permiso de Rychtaříková (112).

haber sufrido edadismo; sin embargo, los datos de los diversos países sobre la discriminación por motivos de edad provienen predominantemente de países europeos y se centran tan solo en la discriminación por edad percibida.

En 28 países de Europa, más de una de cada tres personas de edad igual o superior a 65 años declaró haberse visto afectada por el edadismo (es decir, insultos, maltrato, denegación de servicios a causa de la edad). El único grupo etario que informó de una tasa más elevada de edadismo fue el de las personas de 15 a 24 años (véase el capítulo 5).

Las personas mayores, junto con las personas de los demás grupos etarios, indicaron también haber sufrido una mayor discriminación por razones de edad que por el sexo, la raza o el origen étnico (véase la [figura 2.4](#)) (111). Se dispone de datos comparables más recientes acerca de la proporción de personas que perciben que la discriminación contra las personas de edad igual o superior a 55 años está bastante o muy difundida en la Unión Europea. Los resultados oscilan entre un máximo de dos de cada tres personas en Bulgaria (63,1%) y un mínimo de una de cada cuatro personas en Dinamarca (23,6%) (véase la [figura 2.5](#)) (112).

La discriminación contra las viudas y las acusaciones de brujería son ejemplos de la forma en la que el edadismo interactúa con el sexismo y pone a las mujeres mayores en una situación de doble riesgo.

Aunque no disponemos de datos transnacionales comparables de otras partes del mundo sobre las experiencias y percepciones de edadismo, sí hay algunos estudios de países concretos. Por ejemplo, en una muestra representativa de ámbito nacional de personas de edad igual o superior a 50

años de Brasil, un 16,8% de la población encuestada indicó haber percibido ser víctima de algún tipo de discriminación durante el último año. Esta proporción fue mayor en las personas de entornos urbanos que en las de ámbitos rurales, y lo más probable fue que se produjera en contextos de atención de salud, mientras que la probabilidad más baja fue la de que se produjera en el ámbito laboral (113).

La discriminación contra las viudas –que son alrededor de 250 millones en todo el mundo– y las acusaciones de brujería, problemas ambos que a menudo afectan tan solo a las mujeres mayores, son ejemplos de la forma en la que el edadismo interactúa con el sexismo y pone a las mujeres mayores en una situación de doble riesgo (114-116). Aunque los datos cuantitativos relativos a la escala exacta de la discriminación contra las viudas y las acusaciones de brujería son escasos, se ha descrito la presencia amplia de estos fenómenos, en particular, aunque no exclusivamente, en el África subsahariana (115, 117, 118). Las formas de injusticia a las que se ven sometidas las viudas (como consecuencia de la intersección del estatus de viuda, el sexo femenino y a menudo la edad) son múltiples, algunas de ellas generalizadas y otras con especificidades culturales.

Un ejemplo es el robo de la propiedad de las viudas y la denegación de su herencia, que se ha descrito que se produce en el África subsahariana, América del Sur, sur de Asia y Oriente Medio (118). Otro ejemplo es el de las costumbres tradicionales relativas a la viudedad, como el ostracismo social de las viudas, la prohibición de un nuevo matrimonio y los denominados rituales de purificación. Estos rituales de purificación, que se dan en algunas partes del África subsahariana, exigen a veces que la viuda tenga relaciones sexuales con un cuñado u otro hombre para eliminar los malos espíritus (115, 118).

Se ha descrito la presencia frecuente de acusaciones de brujería, la mayoría de las cuales se dirigen a las mujeres mayores, en países del África subsahariana. Estas acusaciones pueden conducir a que la mujer mayor sea aislada y abandonada, así como a su expulsión, deportación de su comunidad, o quema, lapidación, encadenamiento y, a veces, incluso la muerte (115, 118). En República Unida de Tanzania, por ejemplo, se señaló que, entre el 2004 y el 2009 se dio muerte a unas 2500 mujeres mayores después de que se las hubiera acusado de brujería (119). En Burkina Faso, cientos de mujeres mayores acusadas de brujería (a las que se denomina les mangeuses d'âmes, es decir, "comedoras de almas") han sido ejecutadas o deportadas (120). En el norte de Ghana, más de 1000 mujeres mayores han sido expulsadas de su hogar y viven en campamentos provisionales tras haber sido acusadas de brujería (121).

2.3 EDADISMO AUTOINFLINGIDO

El edadismo dirigido autoinflingido (o edadismo autoinflingido) puede tener repercusiones graves en la salud de las personas, como se indica en el capítulo 3. Sin embargo, los estudios transnacionales a nivel poblacional para determinar la prevalencia del edadismo autoinflingido son muy escasos. En Panamá, un estudio indicó que casi la mitad (46,3%) de los entrevistados de entre 18 y 65 años recordaban haber tenido alguna actitud edadista contra sí mismos como mínimo en una ocasión, generalmente como respuesta a algún déficit físico personal (122).

Varios estudios han explorado la autopercepción del envejecimiento (es decir, las percepciones que tienen las personas de sí mismas cuando envejecen), a veces como indicador indirecto del edadismo autoinflingido. Por ejemplo, se han realizado estudios

para explorar la distribución de las autopercepciones del envejecimiento en función de diferentes características sociodemográficas, como el género, la raza, el origen étnico y el nivel de estudios. Un estudio realizado en Alemania reveló que las autopercepciones positivas respecto al envejecimiento aumentan a una edad mediana, pero luego se reducen en una fase posterior de la vida (123). Los resultados disponibles acerca de la relación entre el género y la autopercepción han sido contradictorios (124-126). Las personas con mayores ingresos y mayor nivel de estudios parecen tener autopercepciones del envejecimiento más positivas que las de aquellas con menores ingresos y estudios de menor nivel (123, 127).

2.4 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

El edadismo contra las personas mayores es generalizado a nivel mundial. Se manifiesta en todas las instituciones clave de la sociedad. Por ejemplo, en la atención de salud y la asistencia social, donde la atención de salud se ve limitada a veces en función de la edad; en el lugar de trabajo durante el reclutamiento, el empleo y los procesos de jubilación y de despido; y en los medios de comunicación, donde las personas mayores están a menudo infrarrepresentadas.

A nivel mundial, al menos una de cada dos personas tiene actitudes edadistas respecto a las personas mayores. En todos los países de la Encuesta Social Europea, una de cada tres personas mayores ha sufrido las consecuencias del edadismo. Por lo tanto, el edadismo afecta a miles de millones de personas a nivel mundial; y su prevalencia puede estar aumentando. El edadismo constituye un problema grave y generalizado de derechos humanos, a la vez que un problema de salud pública de gran envergadura, tal

como se pone de relieve en este capítulo y en el capítulo 3 en el que se comentan los efectos del edadismo.

Las prioridades futuras para conocer la escala del problema deberán incluir lo siguiente:

- el seguimiento y rastreo del edadismo en diversas instituciones clave, en particular en los profesionales de la salud y de la asistencia social, en el sector de la vivienda, en el sistema legal y durante las emergencias, así como en los países de ingresos bajos y de manera más general en los de ingresos medianos;
- el empleo de los instrumentos que se están elaborando para medir los diferentes tipos y dimensiones del edadismo (véase el [recuadro 2.2](#));
- la realización de encuestas poblacionales sobre el edadismo usando estos instrumentos recién creados para calcular mejor la prevalencia y la distribución mundial, así como las tendencias del edadismo, incluido el edadismo dirigido autoinflingido;
- la realización de estudios sobre la intersección entre el edadismo y otros "ismos", como las situaciones de discriminación contra las viudas y las acusaciones de brujería.

El edadismo afecta miles de millones de personas a nivel mundial y constituye un problema grave y generalizado de derechos humanos, así como un problema de salud pública de gran envergadura.

REFERENCIAS

1. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PLOS ONE*. 2020;15(1):e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
2. Hamel MB, Teno JM, Goldman L, Lynn J, Davis RB, Galanos AN, et al. Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. *Ann Intern Med*. 1999;130(2):116–25. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-2-199901190-00005>.
3. Fitzsimmons PR, Blayney S, Mina-Corkill S, Scott GO. Older participants are frequently excluded from Parkinson's disease research. *Parkinsonism Relat Disord*. 2012;18(5):585–9. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2012.03.003>.
4. de São José JMS, Amado CAF. On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(3):373–87. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001915>.
5. Wilson DM, Nam MA, Murphy J, Victorino JP, Gondim EC, Low G. A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):3881–92. <https://doi.org/10.1111/jocn.13803>.
6. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4105–16. <https://doi.org/10.1111/jocn.13939>.
7. Bodner E, Palgi Y, Wyman MF. Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:241–62 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_15, accessed 15 October 2020).
8. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long term care in Europe: a study of national policies 2018. Brussels: European Commission; 2018 (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes>, accessed 15 October 2020).
9. Lagacé M, Tanguay A, Lavallée M-L, Laplante J, Robichaud S. The silent impact of ageist communication in long term care facilities: elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *J Aging Stud*. 2012;26(3):335–42. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.002>.
10. Band-Winterstein T. Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect. *J Appl Gerontol*. 2015;34(3):Np113–27. <https://doi.org/10.1177/0733464812475308>.
11. A human rights perspective on aged care: submission to the Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. Sydney: Australian Human Rights Commission; 2019 (<https://agedcare.royalcommission.gov.au/system/files/2020-06/AWF.500.00267.0002.pdf>, accessed 15 October 2020).
12. Bouman WP, Arcelus J. Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(1):27–31. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200101\)16:1<27::Aid-gps267>3.0.Co;2-s](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200101)16:1<27::Aid-gps267>3.0.Co;2-s).
13. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>).
14. COVID-19 data: effects of COVID-19 across the life course. In: World Health Organization, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing data portal [website]. Geneva:

- World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/covid-19-data>, accessed 16 June 2020).
15. Weekly epidemiological update – 3 November 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020>, accessed 4 November 2020).
 16. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: a systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020;81:e16–25. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.021>.
 17. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, Patidar R, Younis K, Desai P, et al. Comorbidity and its impact on patients with COVID-19. *SN Compr Clin Med.* 2020;2:1069–76. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00363-4>.
 18. Suarez-Gonzalez A, Matías-Guiu JA, Comas-Herrera A. Impact and mortality of the first wave of COVID-19 on people living with dementia in Spain. In: International Long-Term Care Policy Network [website]. London: London School of Economics and Political Science; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/08/Impact-of-COVID-19-on-people-living-with-dementia-in-Spain-10-August.pdf>, accessed 13 October 2020).
 19. Lessons to be drawn from the ravages of the COVID-19 pandemic in long-term care facilities. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe, Commissioner for Human Rights; 2020 (https://www.coe.int/en/web/commissioner/news-2020/-/asset_publisher/Arb4fRK3o8Cf/content/lessons-to-be-drawn-from-the-ravages-of-the-covid-19-pandemic-in-long-term-care-facilities?inheritRedirect=false, accessed 14 October 2020).
 20. Joebges S, Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage – an emerging international consensus. *Crit Care Med.* 2020;24:201. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1>.
 21. Sprung CL, Danis M, Iapichino G, Artigas A, Kesecioglu J, Moreno R, et al. Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med.* 2013;39:1916–24. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3033-6>.
 22. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO-RFH-20.2; <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-and-covid-19-resource-allocation-and-priority-setting/en/>, accessed 13 October 2020).
 23. Paton C. Coronavirus UK: elderly to be isolated for four months as part of COVID-19 plans. In: The National [website]. Abu Dhabi; The National; 2020 (<https://www.thenationalnews.com/world/europe/coronavirus-uk-elderly-to-be-isolated-for-four-months-as-part-of-covid-19-plans-1.992514>, accessed 13 October 2020).
 24. Cerimovic E, Wurth M, Brown B. Bosnia and Herzegovina's coronavirus curbs on children and older people are ill-conceived. In: Balkan Insight [website]. Sarajevo: Balkan Investigative Reporting Network; 2020 (<https://balkaninsight.com/2020/04/02/bosnia-and-herzegovinas-coronavirus-curbs-on-children-and-older-people-are-ill-conceived/>, accessed 13 October 2020).
 25. So L, Tanfani J, Cocks T, Kelly T. Coronavirus spreads fear, isolation, death to elderly worldwide. In: Reuters, Healthcare and Pharma [website]. London: Thomson Reuters; 2020 (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-elderly-insight/coronavirus-spreads-fear-isolation-death-to-elderly-worldwide-idUSKBN2172N8>, accessed 13 October 2020).
 26. Vasovic A. Serbia imposes night curfew, orders elderly indoors. In: Reuters, Transportation [website]. London: Thomson Reuters; 2020 (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-serbia/serbia-imposes-night-curfew-orders-elderly-indoors-idUSKBN2143XR>, accessed 13 October 2020).
 27. Jackson J. UN chief: discrimination of older people during pandemic must stop. In: Sierra Leone Times [website]. Sydney: Sierra Leone Times; 2020 (<https://www.sierraleonetimes.com/news/264911308/un-chief-discrimination-of-older-people-during-pandemic-must-stop>, accessed 13 October 2020).
 28. Subingsubing K. LRT, MRT ban for elderly, moms-to-be under GCQ. In: Philippine Daily Inquirer [website]. Manila: Inquirer.net; 2020 (<https://newsinfo.inquirer.net/1271069/lrt-mrt-ban-for-elderly-moms-to-be-under-gcq>, accessed 13 October 2020).
 29. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the COVID-19 pandemic. *New Engl J Med.* 2020;383:510–12. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>.
 30. Steinman MA, Perry L, Perissinotto CM. Meeting the care needs of older adults isolated at home during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020;180:819–20. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1661>.
 31. Tyrrell CJ, Williams KN. The paradox of social distancing: implications for older adults in the context of COVID-19. *Psychol Trauma.* 2020;12:S214. <https://doi.org/10.1037/tra0000845>.
 32. Gardner W, States D, Bagley N. The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy.* 2020;32:310–5. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>.
 33. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs.* 2020;29:2047–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>.
 34. Makaroun LK, Bachrach RL, Rosland A-M. Elder abuse in the time of COVID-19—increased risks for older adults and their caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28:876–80. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017>.
 35. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et al. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us?, *Age Ageing.* 2020;49:692–5. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>.
 36. Le Couteur DG, Anderson RM, Newman AB. COVID-19 through the lens of gerontology. *J Gerontol A.* 2020;75:e119–20. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa077>.
 37. Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E. Coronavirus, ageism, and Twitter: an evaluation of tweets about older adults and COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1661–5. <https://doi.org/10.1111/jgs.16508>.
 38. Xi W, Xu W, Ayalon L, Zhang X. A thematic analysis of Weibo topics (Chinese Twitter hashtag) regarding older adults during the COVID-19 outbreak. *J GerontolB Psychol Sci Soc Sci.* 2020;2020:gbaa148. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa148>.
 39. Bravo-Segal S, Villar F. La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? [Older people representation on the media during COVID-19 pandemic: a reinforcement of ageism?] *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55:266–71. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>.
 40. Pillemer K, Subramanian L, Hupert N. The importance of long-term care populations in models of COVID-19. *JAMA.* 2020;324:25–6. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9540>.
 41. Kraków dla seniora [Kraków for a senior]. Krakow: Krakow City Hall; 2020 (<https://dlaseniora.krakow.pl/>, accessed 15 October 2020).
 42. Vlaamse Ouderenraad. Kopzorgen verdienen zorg [Campaign for the psychological well-being of older people]. Brussels: Vlaamse Ouderenraad; 2020 (<https://kopzorgen.be/>, accessed 28 October 2020).
 43. Getting started KIT. In: Age Action Ireland [website]. Dublin: Age Action Ireland; 2020 (<https://www.ageaction.ie/how-we-can-help/getting-started-kit>, accessed 15 October 2020).

44. Bal AC, Reiss AE, Rudolph CW, Baltes BB. Examining positive and negative perceptions of older workers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66(6):687–98. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>.
45. Harris K, Krygsman S, Waschenko J, Laliberte Rudman D. Ageism and the older worker: a scoping review. *Gerontologist*. 2018;58(2):e1–14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw194>.
46. Posthuma RA, Campion MA. Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators, and future research directions. *J Manag*. 2009;35(1):158–88. <https://doi.org/10.1177/0149206308318617>.
47. Truxillo DM, Finkelstein LM, Pytlovany AC, Jenkins JS. Age discrimination at work: a review of the research and recommendations for the future. In: Colella A, King E, editors. *The Oxford handbook of workplace discrimination*. New York: Oxford University Press; 2018:129–42. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199363643.013.10>.
48. de la Fuente-Núñez V, Schwartz E, Roy S, Ayalon L. A scoping review on ageism against younger populations. Unpublished.
49. Albert R, Escot L, Fernandez-Cornejo JA. A field experiment to study sex and age discrimination in the Madrid labour market. *Int J Hum Resour Manag*. 2011;22(2):351–75. <https://doi.org/10.1080/09585192.2011.540160>.
50. Daniel K, Heywood JS. The determinants of hiring older workers: UK evidence. *Labour Econ*. 2007;14(1):35–51. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2005.05.009>.
51. Malul M. Older workers' employment in dynamic technology changes. *J Behav Exp Econ*. 2009;38(5):809–13. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.05.005>.
52. European Union Directorate General for Communication. Special Eurobarometer 437: discrimination in the EU in 2015 [online database]. Brussels: European Commission; 2015 (https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2077_83_4_437_ENG, accessed 15 October 2020).
53. Kluge A, Krings F. Attitudes toward older workers and human resource practices. *Swiss J Psychol*. 2008;67(1):61–4. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.67.1.61>.
54. Abuladze L, Perek-Białas J. Measures of ageism in the labour market in international social studies. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:461–91 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_28, accessed 15 October 2020).
55. Gaillard M, Desmette D. (In)validating stereotypes about older workers influences their intentions to retire early and to learn and develop. *Basic Appl Soc Psychol*. 2010;32(1):86–98 <https://doi.org/10.1080/01973530903435763>.
56. Appel M, Weber S. Do mass mediated stereotypes harm members of negatively stereotyped groups? A meta-analytical review on media-generated stereotype threat and stereotype lift. *Commun Res*. 2017; 2017. <https://doi.org/10.1177/009365021771554>.
57. Bai X. Images of ageing in society: a literature review. *J Popul Ageing*. 2014;7(3):231–53. <https://doi.org/10.1007/s12062-014-9103-x>.
58. Loos E, Ivan L. Visual ageism in the media. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:163–76 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_11, accessed 15 October 2020).
59. Yläne V. Representations of ageing in the media. In: Twigg J, Martin W, editors. *Routledge Handbook of Cultural Gerontology*. Routledge: London, UK; 2015. p. 369-75.
60. Zebrowitz LA, Montepare JM. "Too young, too old": stigmatizing adolescents and elders. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editors. *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 2000:334–73.
61. Kessler EM, Rakoczy K, Staudinger UM. The portrayal of older people in prime time television series: the match with gerontological evidence. *Ageing Soc*. 2004;24(4):531–52. <https://doi.org/10.1017/S0144686x04002338>.
62. Makita M, Mas-Bleda A, Stuart E, Thelwall M. Ageing, old age and older adults: a social media analysis of dominant topics and discourses. *Ageing Soc*. 2019:2019:1–26. <https://doi.org/10.1017/S0144686x19001016>.
63. Gendron TL, Welleford EA, Inker J, White JT. The language of ageism: why we need to use words carefully. *Gerontologist*. 2016;56(6):997–1006. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv066>.
64. Levy BR, Chung PH, Bedford T, Navrazhina K. Facebook as a site for negative age stereotypes. *Gerontologist*. 2014;54(2):172–6. <https://doi.org/10.1093/geront/gns194>.
65. Gibb H, Holroyd E. Images of old age in the Hong Kong print media. *Ageing Soc*. 1996;16(2):151–75 <https://doi.org/10.1017/S0144686x00003275>.
66. Cheng H, Schweitzer JC. Cultural values reflected in Chinese and US television commercials. *J Advert Res*. 1996;36(3):27–44.
67. Lin CA. Cultural values reflected in Chinese and American television advertising. *J Advert*. 2001;30(4):83–94. <https://doi.org/10.1080/00913367.2001.10673653>.
68. Lee O, Kim BC, Han S. The portrayal of older people in television advertisements: a cross cultural content analysis of the United States and South Korea. *Int J Aging Hum Dev*. 2006;63(4):279–97 <https://doi.org/10.2190/ELLG-JELY-UCCY-4L8M>.
69. Prieler M, Kohlbacher F, Hagiwara S, Arima A. The representation of older people in television advertisements and social change: the case of Japan. *Ageing Soc*. 2015;35(4):865–87. <https://doi.org/10.1017/S0144686x1400004X>.
70. Fayahun O, Adebayo K, Gbadamosi O. The media, informal learning and ageism in Ibadan, Nigeria. *Niger J Sociol Anthropol*. 2005;12(7):134-4.
71. Anderson H, Daniels M. Film dialogue from 2,000 screenplays, broken down by gender and age. In: *The Pudding* [website]. New York: The Pudding (<https://pudding.cool/2017/03/film-dialogue/index.html>, accessed 15 October 2020).
72. Vasil L, Wass H. Portrayal of the elderly in the media – a literature-review and implications for educational gerontologists. *Educ Gerontol*. 1993;19(1):71–85. <https://doi.org/10.1080/0360127930190107>.
73. Harwood J, Roy A. Social identity theory and mass communication research. In: Harwood J, Giles H, editors. *Intergroup communication: multiple perspectives*. Bern: Peter Lang; 2005:189–211.
74. Katvan E, Doron I, Ashkenazi T, Boas H, Carmiel-Haggai M, Elhalel MD, et al. Age limitation for organ transplantation: the Israeli example. *Age Ageing*. 2017;46(1):8–10. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw162>.
75. Doron I, Georgantzi N. Introduction: between law, ageing and ageism. In: Doron I, Georgantzi N, editors. *Ageing, ageism and the law: European perspectives on the rights of older persons*. Cheltenham (England): Edward Elgar Publishing; 2018:1–13.
76. Doron I, Numhauser-Henning A, Spanier B, Georgantzi N, Mantavani E. Ageism and anti-ageism in the legal system: a review of key themes. In: Ayalon L, Tesch-Römer, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:303–20 (https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_19, accessed 15 October 2020).
77. Ohayon-Glicksman H. Grey divorce: the divorce experience of older women under Israeli family law. Haifa: University of Haifa; 2018.

78. Ontzik-Heilburn I, Or-Chen K. [Approach to elderly clients among lawyers in Israel: attitude towards the elderly and knowledge concerning the elderly among lawyers]. *Gerontol Geriatr*. 2014;41(3):31–49 (in Hebrew).
79. Mueller-Johnson K, Toglia MP, Sweeney CD, Ceci SJ. The perceived credibility of older adults as witnesses and its relation to ageism. *Behav Sci Law*. 2007;25(3):355–75. <https://doi.org/10.1002/bsl.765>.
80. Spencer C. Ageism and the law: emerging concepts and practices in housing and health. Toronto, ON: Law Commission of Ontario; 2009 (<https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2014/01/older-adults-commissioned-paper-spencer.pdf>, accessed 15 October 2020).
81. Nakagawa M. Why is there discrimination against the elderly? Experimental and empirical analyses for the rental housing market in Japan. Osaka: The Institute of Social and Economic Research, Osaka University; 2003 (Discussion paper No. 578; <https://www.iser.osaka.u.ac.jp/library/dp/2003/DP0578.pdf>, accessed 15 October 2020).
82. Home and dry: the need for decent homes in later life. London: Centre for Ageing Better; 2020 (<https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2020-03/Home-and-dry-report.pdf>, accessed 15 October 2020).
83. Cutler SJ. Ageism and technology. *Generations*. 2005;29(3):67–72.
84. Mannheim I, Schwartz E, Xi W, Buttigieg SC, McDonnell-Naughton M, Wouters EJM, et al. Inclusion of older adults in the research and design of digital technology. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19):3718. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193718>.
85. McDonough C. The effect of ageism on the digital divide among older adults. *J Gerontol Geriatr Med*. 2016;2:1–7. <https://doi.org/10.24966/GGM-8662/100008>.
86. Randel J, German T, Ewing D, editors. The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people. London: Routledge; 1999.
87. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York/London: United Nations Population Fund, HelpAge International; 2012 (<https://www.unfpa.org/publications/ageing-twenty-first-century>, accessed 15 October 2020).
88. Migliaccio JN. The ageism within and how to counter it. *J Financ Serv Prof*. 2019;73(2):26–31.
89. Timmermann S. How do we (and our clients) feel about getting older? It's time to reframe aging. *J Financ Serv Prof*. 2017;71(5):36–39.
90. McLoughlin V, Stern S. Ageing population and financial services. London: Financial Conduct Authority; 2017 (Occasional paper 31; <https://www.fca.org.uk/publication/occasional-papers/occasional-paper-31.pdf>, accessed 15 October 2020).
91. Hejny H. Age discrimination in financial services: the United Kingdom case. *E-Journal Int Comp Labour Stud*. 2016;5(3):1–21. <http://arro.anglia.ac.uk/id/eprint/701118>.
92. Duault LA, Brown L, Fried L. The elderly: an invisible population in humanitarian aid. *Lancet Public Health*. 2018;3(1):e14. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30232-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30232-3).
93. Leave no one behind: developing climate-smart/disaster risk management laws that protect people in vulnerable situations for a comprehensive implementation of the UN Agenda 2030. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2020 (<https://media.ifrc.org/ifrc/what-we-do/disaster-law/leave-no-one-behind/>, accessed 4 March 2020).
94. Shami H, Skinner M. End the neglect: a study of humanitarian financing for older people. London: HelpAge International; 2016 (<https://www.helpage.org/silo/files/end-the-neglect-a-study-of-humanitarian-financing-for-older-people.pdf>, accessed 15 October 2020).
95. Karunakara U, Stevenson F. Ending neglect of older people in the response to humanitarian emergencies. *PLOS Med*. 2012;9(12):e1001357. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001357>.
96. Older persons in emergencies: an active ageing perspective. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43909>, accessed 15 October 2020).
97. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43817>, accessed 15 October 2020).
98. Measure what you treasure: ageism in statistics. New York: United Nations Population Fund; 2020.
99. Lloyd-Sherlock PG, Ebrahim S, McKee M, Prince MJ. Institutional ageism in global health policy. *BMJ*. 2016;354:i4514. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>.
100. Whitbourne SK, Montepare JM. What's holding us back? Ageism in higher education. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons Cambridge (MA): MIT Press; 2017:263–90.
101. DiSilvestro FR. Continuing higher education and older adults: a growing challenge and golden opportunity. *New Dir Adult Contin Educ*. 2013;140:79–87. <https://doi.org/10.1002/ace.20076>.
102. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, de la Fuente-Núñez V. Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3159. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>.
103. Classifying countries by income. In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/stories/the-classification-of-countries-by-income.html>, accessed 21 January 2020).
104. North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychol Bull*. 2015;141(5):993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>.
105. Lockenhoff CE, De Fruyt F, Terracciano A, McCrae RR, De Bolle M, Costa PT Jr., et al. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychol Aging*. 2009;24(4):941–54. <https://doi.org/10.1037/a0016901>.
106. Ayalon L, Dolberg P, Mikulioniene S, Perek-Bialas J, Rapoliene G, Stypinska J, et al. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Res Rev*. 2019;54:100919. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>.
107. Ibrahim CN, Bayen UJ. Attitudes toward aging and older adults in Arab culture: a literature review. *Z Gerontol Geriatr*. 2019;52:180–7. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01554-y>.
108. Ng R, Allore HG, Trentalange M, Monin JK, Levy BR. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. *PLOS ONE*. 2015;10(2):e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>.
109. Mason SE, Kuntz CV, McGill CM. Oldsters and Ngrams: age stereotypes across time. *Psychol Rep*. 2015;116(1):324–9. <https://doi.org/10.2466/17.10.PRO.116k17w6>.
110. Fisher RJ. Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *J Consum Res*. 1993;20(2):303–15. <https://doi.org/10.1086/209351>.
111. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift H. Ageism in Europe: findings from the European Social Survey. London: Age UK; 2011 (https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism_across_europe_report_interactive.pdf?dtrk=true, accessed 15 October 2020).
112. Rychtaříková J. Perception of population ageing and age discrimination across EU countries. *Popul Econ*. 2019;3:1. <https://doi.org/10.3897/popecon.3.e49760>.
113. de Souza Braga L, Caiaffa WT, Ceolin APR, De Andrade FB, Lima-Costa MF. Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: a national study (ELSI-Brazil). *BMC Geriatr*. 2019;19(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1076-4>.
114. Chilimampungu C, Thindwa G. The extent and nature of witchcraft-based violence against children, women and the elderly in Malawi. Lilongwe: Royal Norwegian Embassy; 2012

- (<http://www.whrin.org/wp-content/uploads/2014/06/Witchcraft-report-ASH.pdf>, accessed 15 October 2020).
115. Ude PU, Njoku OC. Widowhood practices and impacts on women in sub-Saharan Africa: an empowerment perspective. *Int Soc Work*. 2017;60(6):1512–22. <https://doi.org/10.1177/0020872817695384>.
116. Empowering widows: an overview of policies and programmes in India, Nepal and Sri Lanka. New York: UN Women; 2014 (<https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/09/empowering-widows#view>, accessed 15 October 2020).
117. Eboiyehi FA. Convicted without evidence: elderly women and witchcraft accusations in contemporary Nigeria. *J Int Women's Stud*. 2017;18(4):247–65. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol18/iss4/18/>.
118. Harma RF. World widows report: a critical issue for the Sustainable Development Goals. London: The Loomba Foundation; 2016 (<https://www.theloombafoundation.org/sites/default/files/2019-06/WWR.pdf>, accessed 15 October 2020).
119. Sleep B. Violence against older women: tackling witchcraft accusations in Tanzania. In *HelpAge International* [website]. London: HelpAge International; 2011 (<https://www.helpage.org/search/?keywords=tackling+witchcraft+accusations+in+Tanzania>, accessed 15 October 2020).
120. Discrimination against older women in Burkina Faso. London: Help Age International 2010 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/BFA/INT_CEDAW_NGO_BFA_47_8112_E.pdf, accessed 15 October 2020).
121. Igwe L. Fighting witchcraft accusations in Africa. In: James Randi Educational Foundation (blog). Fort Lauderdale (FL): James Randi Educational Foundation; 2011 (<http://archive.randi.org/site/index.php/swift-blog/1500-fighting-witchcraft-accusations-in-africa.html>, accessed 15 October 2020).
122. Campos ID, Stripling AM, Heesacker M. "Estoy viejo"[I'm old]: internalized ageism as self referential, negative, ageist speech in the Republic of Panama. *J Cross Cult Gerontol*. 2012;27(4):373–90. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9181-2>.
123. Wurm S, Wolff JK, Schuz B. Primary care supply moderates the impact of diseases on self perceptions of aging. *Psychol Aging*. 2014;29(2):351–8. <https://doi.org/10.1037/a0036248>.
124. Kim ES, Moored KD, Giasson HL, Smith J. Satisfaction with aging and use of preventive health services. *Prev Med*. 2014;69:176–80. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.09.008>.
125. Kleinspehn-Ammerlahn A, Kotter-Grühn D, Smith J. Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(6):P377–85. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.p377>.
126. Sun JK, Kim ES, Smith J. Positive self-perceptions of aging and lower rate of overnight hospitalization in the US population over age 50. *Psychosom Med*. 2017;79(1):81–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000364>.
127. Kwak M, Ingersoll-Dayton B, Burgard S. Receipt of care and depressive symptoms in later life: the importance of self-perceptions of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(2):325–35. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt128>.



GERTRUDE, 60,
KENIA

03

EFECTOS DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS MAYORES

“ Llevo la enseñanza en la sangre. No es de extrañar que me sintiera desolada cuando el Gobierno me dijo que tenía que dejar de trabajar a los 50 años. Me dijeron que era mayor y que debía dejar que personas jóvenes se encargaran de la enseñanza. Me sentí amargada y enojada. ”

Gertrude, 60, Kenia
©Benj Binks / HelpAge International

El edadismo acorta la vida; lleva a un peor estado de salud física y empeora los comportamientos con respecto a la salud; impide la recuperación de la discapacidad; causa una peor salud mental; acentúa el aislamiento social y la soledad; y reduce la calidad de vida.

El edadismo comporta un importante costo económico para las personas y la sociedad, y contribuye a producir inseguridad económica y pobreza, causando a la sociedad un costo de miles de millones de dólares.

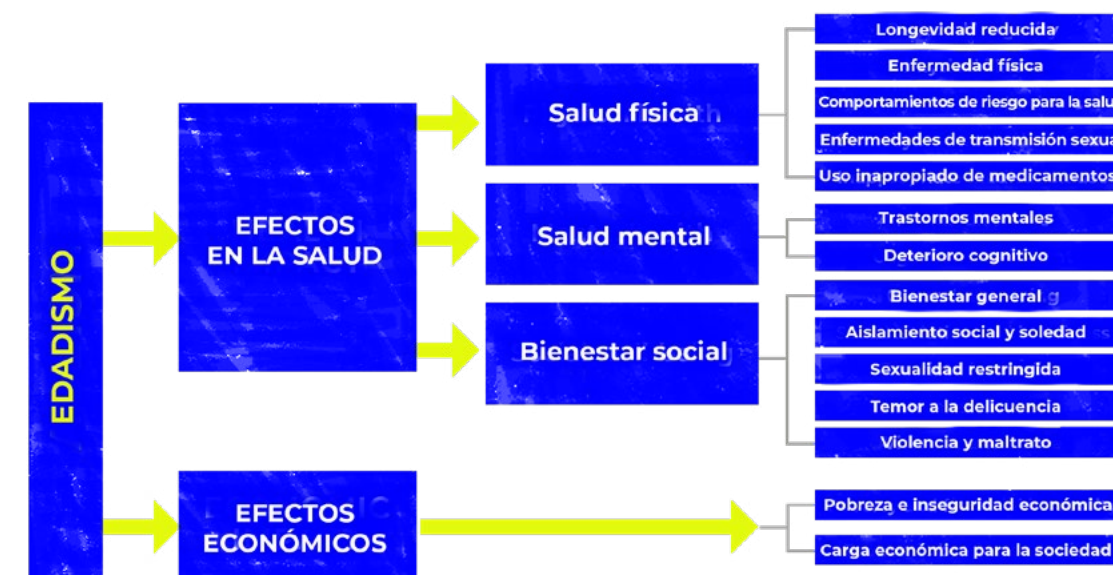
3.1 EFECTOS DEL EDADISMO EN LA SALUD

El edadismo tiene una grave repercusión en todos los aspectos de la salud, que la OMS define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (1) (véase la [figura 3.1](#)). Por consiguiente, el edadismo es un determinante social de la salud importante que, hasta ahora, se ha tenido poco en cuenta. Sus efectos en la salud son de un grado similar, si no superior, a los que tiene el racismo, una forma de prejuicios y discriminación cuyas consecuencias en la salud han sido ampliamente estudiadas (2).

En una revisión sistemática mundial de los efectos del edadismo en la salud que se encargó para este informe, y en la que se incluyeron 422 estudios de 45 países, se observó que en 405 estudios (96%) el edadismo se asociaba a una peor evolución en todos los dominios de salud examinados (2) (véase el [recuadro 3.1](#)). La asociación más intensa entre el edadismo y los resultados en materia de salud se observó en el caso del edadismo autoinfligido. Los efectos del edadismo sobre la salud se observan en todas partes del mundo, han aumentado con el transcurso del tiempo y es muy probable que tengan una mayor repercusión en los grupos desfavorecidos. Además, las personas mayores con un menor nivel de estudios muestran una mayor

En este capítulo se detallan las graves repercusiones del edadismo contra las personas mayores (véase la [figura 3.1](#)). En el apartado 3.1 se describen los notables efectos del edadismo en la salud (incluido el bienestar), que conduce, por ejemplo, a problemas graves de salud física y mental y muertes que son evitables. El apartado 3.2 explora el importante costo económico que supone el edadismo para las personas mayores y para las economías de los países. En términos generales, los efectos del edadismo son tan graves y sus costos resultan tan elevados que una intervención de un efecto tan solo moderado tiene el potencial de mejorar sustancialmente la vida de las personas y de reducir significativamente el costo económico que comporta el edadismo.

Figura. 3.1. Efectos del edadismo en las personas mayores



probabilidad de sufrir las consecuencias para la salud que tiene el edadismo. En la revisión realizada se observaron repercusiones del edadismo en la salud en los 45 países y en todos los ámbitos examinados (2). Sin embargo, de los 422 estudios incluidos, el 78,2% se llevaron a cabo en América del Norte o Europa, y solo un estudio se realizó en África.

En consonancia con lo indicado por otros estudios recientes (3-5), muchas de las consecuencias para la salud del edadismo observadas en la revisión sistemática parecen estar aumentando. Es posible que esto esté relacionado con las recesiones económicas, ya que la investigación ha puesto de manifiesto que las crisis económicas conducen a un aumento de los prejuicios y la discriminación (2, 6, 7). Aunque el conjunto de la evidencia disponible sobre el edadismo en los profesionales de la salud no es concluyente, como se indica en el capítulo 2, es posible que pueda estar aumentando, debido tal vez a la creciente presión de tiempo a la que se ven sometidos los profesionales de la salud (2).

3.1.1 Efectos del edadismo en la salud física

El edadismo se asocia a una muerte más temprana (2). Este hallazgo fue uniforme en diez estudios en los que se examinó este aspecto en Australia, China, Alemania y Estados Unidos (9-17). En China, los investigadores observaron que las personas mayores propensas al edadismo contra sí mismas tenían una probabilidad de morir a lo largo del periodo de estudio de seis años un 20% superior a la existente en las personas que tenían percepciones más positivas sobre sí mismas (17).

El edadismo se asocia a una peor salud física, e impide la recuperación de la discapacidad. Un total de 50 (96%) de los 52 estudios en los que se investigaron las repercusiones del edadismo en la enfermedad física identificó una relación (2). La enfermedad física se evaluó mediante el deterioro funcional, la presencia de trastornos crónicos y el número de eventos médicos agudos y hospitalizaciones. Por ejemplo, en un estudio realizado en

Recuadro 3.1

Oportunidades para la investigación sobre los efectos del edadismo contra las personas mayores

La revisión sistemática que se encargó para este informe sobre los efectos del edadismo contra las personas mayores constituye un avance importante para mejorar la calidad de la investigación en este campo (2). Se realizó aplicando las directrices PRISMA (8); se basó en una búsqueda en 14 bases de datos electrónicas; se incluyeron tan solo los estudios en los que se había utilizado un diseño apropiado; y se evaluó cuidadosamente la calidad de los estudios. Además, la revisión llevó a cabo análisis de sensibilidad (que a menudo se denominan análisis de "qué pasaría si") y mostró que los resultados habrían sido iguales si todos los estudios hubieran sido de mayor calidad o si hubieran incluido a más participantes.

En esta revisión no se pudo calcular la fuerza de la asociación entre el edadismo y sus efectos. Para ello serían necesarios estudios que hubieran utilizado definiciones y medidas de los efectos que fueran más estandarizadas y comparables. El cálculo de la fuerza de las asociaciones entre el edadismo y sus repercusiones, y la demostración más clara de que el edadismo es, realmente, la causa de esas repercusiones, en vez de tener simplemente una asociación con ellas, son campos en los que deberán centrarse los estudios y revisiones futuros. Con lo primero se aportaría información sobre la importancia relativa de las diferentes repercusiones del edadismo, mientras que con lo segundo aumentaría nuestra confianza en que las relaciones entre el edadismo y sus presuntos efectos sean reales. En futuros estudios podría intentarse calcular también la fracción de población atribuible del edadismo a nivel de países, regiones geográficas o en todo el mundo. La fracción de población atribuible es la reducción proporcional de la enfermedad o la mortalidad de la población que podría producirse si se redujera la exposición a un factor de riesgo (en este caso el edadismo). Nos permitiría establecer, por ejemplo, que si el edadismo se redujera en un X%, la longevidad se incrementaría en un Y%.

Connecticut (Estados Unidos), las personas mayores que tenían estereotipos etarios positivos presentaron una probabilidad de recuperación completa de una discapacidad grave un 44% superior a la observada en las que tenían estereotipos etarios negativos (18).

El edadismo aumenta los comportamientos de riesgo para la salud. En los trece estudios de este tema (2), las personas que habían sufrido edadismo mostraron una

mayor probabilidad de adoptar comportamientos de riesgo para la salud, como seguir una alimentación poco saludable, no tomar la medicación según lo prescrito, consumir alcohol en exceso o fumar, o alguna combinación de ellas. Un estudio de personas mayores de Irlanda en el que se examinó la relación entre el edadismo autoinflingido y el consumo de cigarrillos y de alcohol mostró que una mayor conciencia y reacción emocional hacia el envejecimiento

aumentaban la probabilidad de consumo de tabaco (19).

El edadismo contribuye a producir una mala salud sexual y reproductiva, y se asocia a un aumento de las tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Algunas investigaciones epidemiológicas realizadas en distintos lugares del mundo indican que las tasas de ETS están aumentando en las personas mayores, y es posible que el edadismo desempeñe un papel en ello (20-22).

Las personas mayores pueden tener un mayor riesgo de padecer ETS debido a la falta de información y de campañas destinadas a ellas. Además, las personas mayores tienen una menor probabilidad de solicitar un diagnóstico y tratamiento, dado que disponen de una información limitada sobre las ETS, carecen de servicios de salud sexual destinados a ellas y tienen temor a encontrar actitudes edadistas respecto a su sexualidad (21).

La exclusión de las personas mayores de los datos de vigilancia y los estudios de investigación de las ETS puede haber contribuido también al aumento de las ETS en esta población al reducir la concientización sobre el riesgo de las ETS en las personas mayores (21, 22).

Por ejemplo, en China, el 15,8% de todos los casos de ETS en los hombres y el 9,8% de todos los casos de ETS en las mujeres se dieron en personas de edad igual o superior a 50 años, y las personas de 65 años o más supusieron un 10% o más del total de nuevos casos notificados en el 2016 (23, 24).

En Botswana, que es el país con la segunda tasa de prevalencia de infección por el VIH más alta del mundo, las tasas de prevalencia de la infección por el VIH en los hombres mayores han aumentado del 17,2% en el 2004 al 27,8% en el 2013; y en las mujeres mayores han aumentado del 16,3% en el 2004 al 21,9% en el 2013 (20).

Tanto el edadismo interpersonal como el institucional pueden contribuir al uso inapropiado de la medicación, incluida la prescripción inapropiada, la polifarmacia y la falta de cumplimiento terapéutico, todo lo cual puede tener consecuencias graves.

A veces falta información sobre el perfil de eficacia y de seguridad de los medicamentos en las personas mayores, ya que no se han realizado los ensayos clínicos necesarios específicos para este grupo etario: esta es una forma de edadismo institucional que puede dar lugar a una prescripción inapropiada y a polifarmacia (25-27). La mala coordinación de la atención de salud para las personas mayores, la comunicación ineficaz y la formación insuficiente de las personas mayores acerca de los medicamentos son formas de edadismo institucional e interpersonal que pueden conducir a una falta de cumplimiento terapéutico (28-30).

Debido en gran parte a la prescripción inapropiada, alrededor del 25% de los pacientes de entre 70 y 79 años sufren eventos adversos por los medicamentos, en comparación con alrededor del 4% de los pacientes de 20 a 29 años (25, 31, 32).

La polifarmacia, que es generalizada en las personas mayores, da lugar a un sinnúmero de consecuencias negativas: aumento de los costos de la atención de salud, reacciones adversas a medicamentos, reducción de la capacidad intrínseca y mayor frecuencia de síndromes geriátricos, como las caídas (28, 33).

Más del 10% de los ingresos en los centros de pacientes agudos de las personas mayores pueden ser causados por la falta de cumplimiento de las pautas terapéuticas (34), y una cuarta parte de los ingresos en residencias de personas mayores pueden deberse a la incapacidad de las personas mayores de autoadministrarse la medicación (35).

3.1.2 Efectos del edadismo en la salud mental

El edadismo se asocia también a una peor salud mental. El 96% (42/44) de los estudios (2) en los que se examinó la relación entre el edadismo y la salud mental encontraron evidencia indicativa de que el edadismo influía en los trastornos psiquiátricos. En 16 estudios, el edadismo se asoció a la aparición de depresión, a un aumento de los síntomas depresivos con el transcurso del tiempo o la depresión durante toda la vida. Cuando los veteranos del ejército de Estados Unidos se resistían a aceptar los estereotipos negativos atribuidos a la edad, mostraban una menor probabilidad de tener pensamientos suicidas, ansiedad y trastorno por estrés postraumático (36).

Según las cifras del 2015, a nivel mundial, se calcula que cerca de 6,33 millones de casos de depresión son atribuibles al edadismo, con un total de 831.041 casos en los países más desarrollados y 5,6 millones de casos en los países menos desarrollados (2).

El edadismo acelera el deterioro cognitivo. Cuatro de los cinco estudios (80%) incluidos en la revisión, en los que se investigó la posible conexión entre el edadismo y el deterioro cognitivo, detectaron una relación (2). En uno de los estudios, realizado en Alemania, se efectuó un seguimiento de 8000 personas durante varios años y se observó que la autopercepción negativa del envejecimiento aceleraba el deterioro cognitivo medido por la velocidad de procesamiento cognitivo, mientras que la autopercepción positiva lo retardaba (37).

Estos resultados complementan el amplio conjunto de estudios experimentales disponible sobre este tema que se han resumido en varios metanálisis (38-40). Los resultados han indicado que, cuando las personas mayores están expuestas a estereotipos

negativos (tanto si son conscientes de ello como si no), se produce una disminución de su capacidad cognitiva y de su memoria, fenómeno que se conoce como "amenaza de estereotipo" (véase el apartado 1.2 del capítulo 1). Una consecuencia de estas observaciones es que los peores resultados obtenidos en las evaluaciones clínicas o laborales de la función cognitiva en las personas mayores pueden deberse en parte a la exposición a estereotipos negativos (39).

El edadismo en los medios de comunicación tiene repercusiones negativas en la salud y en la función cognitiva. Los estereotipos edadistas en los medios de comunicación pueden tener una repercusión negativa en la autoestima, el estado de salud, el bienestar físico y la función cognitiva de las personas mayores (12, 41, 42). El hecho de que las personas mayores estén infrarrepresentadas o mal representadas en los medios de comunicación no es inocuo, y en el capítulo 2 se ha puesto de relieve que este es un fenómeno generalizado. En un metanálisis se observó que una exposición tan solo breve a estereotipos en los medios de comunicación tenía efectos nocivos en el rendimiento de las personas mayores en las tareas de memoria (43).

El edadismo en el lugar de trabajo se asocia a problemas de salud. El edadismo en el lugar de trabajo predijo una peor salud en la mayoría de los 27 estudios que evaluaron sus efectos sobre ella (2). Por ejemplo, un estudio de más de 6000 empleados de Finlandia reveló que la percepción de discriminación por razones de edad en el trabajo comportó una posterior baja por enfermedad de larga duración (44). Es probable que esto se deba a una reacción en cadena, en la que cada estrés laboral aumenta primero el riesgo de síntomas, lo cual comporta luego un aumento del absentismo por enfermedad de larga duración (44).

3.1.3 Efectos del edadismo en el bienestar social

El edadismo puede tener un impacto de gran alcance en la calidad de vida general de las personas mayores y puede afectar también a aspectos específicos de su bienestar social. Por ejemplo, el edadismo puede conducir al aislamiento social y a la soledad y puede limitar la sexualidad de las personas mayores. También puede asociarse en ellas a un mayor temor a la delincuencia y un aumento del riesgo de sufrir violencia y maltrato.

Calidad de vida general

Los 29 estudios incluidos en la revisión sistemática del 2020 en la que se examinó el edadismo y la calidad de vida indicaron que el edadismo tenía un efecto negativo en la calidad de vida (2). Por ejemplo, un estudio que evaluó el efecto de las actitudes respecto al edadismo y la calidad de vida en personas mayores de 20 países (entre ellos dos países de ingresos medianos, Brasil y Turquía) obtuvo resultados uniformes en todos los países examinados: los juicios emitidos sobre la calidad de vida por las personas de entre 60 y 100 años eran el resultado de las percepciones de los hombres y las mujeres mayores sobre las circunstancias relacionadas con la salud y las propias actitudes respecto a los aspectos físicos y psicosociales del envejecimiento (45).

Aislamiento social y soledad

El edadismo contribuye a producir aislamiento social y soledad que se dan de forma generalizada en las personas mayores. Y el aislamiento social y el edadismo tienen graves repercusiones en la salud y la longevidad.

El edadismo aumenta el aislamiento social y la soledad principalmente de tres maneras. En primer lugar, el edadismo puede hacer

que las personas se sientan no deseadas, traicionadas y rechazadas socialmente, lo que puede conducir a un retraimiento social. En segundo lugar, a modo de profecía autocumplida, las personas mayores pueden interiorizar los estereotipos edadistas (por ejemplo que la vejez es un período de aislamiento social y baja participación social) y actuar luego en consecuencia, retirándose de la sociedad. En tercer lugar, las leyes, normas y prácticas edadistas existentes de manera general en toda la sociedad, como la jubilación obligatoria o las características de diseño del entorno de vida (como medios de transporte inaccesibles, aceras resquebrajadas o irregulares) pueden actuar como obstáculos para la participación de las personas mayores en las actividades sociales, dando lugar a aislamiento social y soledad (46).

En una revisión del 2020, se observó que el edadismo fue un factor de riesgo para las malas relaciones sociales en los trece estudios que examinaron esta asociación (2). Por ejemplo, la autopercepción negativa del envejecimiento que tienen las personas mayores chinas estaba asociada a su insatisfacción con el apoyo social proporcionado por sus hijos (47).

La frecuencia de la soledad y el aislamiento social es elevada en las personas mayores. En Finlandia y el Reino Unido, un 40% de las personas mayores que vivían en la comunidad afirmaron haber experimentado algún grado de soledad (48, 49). En China, el 24,8% de las personas mayores que vivían en la comunidad señalaron que a veces se sentían solas, y un 8,3% indicaron que se sentían solas con frecuencia o siempre (50).

Hay múltiples estudios y revisiones que han puesto de manifiesto que el aislamiento social y la soledad tienen graves repercusiones en la mortalidad de las personas mayores, así como en su salud física y funcionamiento

(por ejemplo, cardiopatía, diabetes, movilidad, actividad cotidiana) y en su salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad y deterioro cognitivo) (51-55).

Sexualidad

La sexualidad es otro aspecto importante de las relaciones de las personas mayores que puede verse afectado por el edadismo. A pesar del reconocimiento de que la sexualidad es importante para las personas mayores, las descripciones edadistas de la sexualidad en la fase avanzada de la vida que se encuentran en los medios de comunicación, así como las actitudes de los profesionales de la atención de salud y de los cuidados a largo plazo, así como de las propias personas mayores, impiden a menudo una expresión libre y plena de su sexualidad (56). Las personas mayores tienen derecho a la salud sexual, que la OMS define como un estado de bienestar físico, mental y social en la esfera de la sexualidad (57).

En muchas partes del mundo, la sexualidad de las mujeres mayores puede verse afectada por la doble amenaza del edadismo y el sexismo.

Los estudios realizados en múltiples países (como Argelia, Egipto, Filipinas, Indonesia, México, Marruecos y Nigeria) han determinado de manera uniforme que las personas mayores continúan teniendo actividad sexual y considerando la sexualidad un componente importante de su calidad de vida y bienestar (54, 56, 58-61). Sin embargo, la cuestión de la sexualidad en las personas mayores continúa siendo a menudo un tema tabú. Cuando se aborda, se hace a menudo desde una perspectiva biomédica que describe a las personas mayores como asexuales y da por

supuesto un descenso de la función sexual en la fase avanzada de la vida. Este supuesto parece ser el resultado de una definición demasiado restringida de la función sexual (por ejemplo, excluir la actividad sexual en solitario, sin penetración o con personas del mismo sexo) y de centrarse en exceso en los determinantes biológicos de la función sexual (por ejemplo, disminución de las concentraciones de testosterona) excluyendo en cambio los determinantes psicológicos y sociales (por ejemplo, depresión, presencia o ausencia de parejas y características de la relación con una pareja) (62).

La investigación disponible indica que las personas mayores a menudo interiorizan estereotipos edadistas y mitos relativos a la sexualidad en una fase avanzada de la vida. Se muestran reacias a expresar su sexualidad y, a menudo, no se deciden a comentar cuestiones sexuales con sus médicos por temor a encontrarse con su desaprobación. Se ha observado que las mujeres mayores interiorizan las normas culturales edadistas respecto a la belleza y se consideran a sí mismas poco atractivas (63, 64).

En muchas partes del mundo, la sexualidad de las mujeres mayores puede verse afectada por la doble amenaza del edadismo y del sexismo. Un estudio realizado en el África subsahariana reveló que los mitos, los prejuicios y las ideas erróneas, que están arraigados en las costumbres y creencias religiosas y tradicionales, hacen que con frecuencia se considere que las mujeres mayores que muestran interés por las relaciones sexuales tienen un comportamiento inapropiado e irrespetuoso, lo cual se trata de una doble moral, ya que esta percepción no se aplica a los varones (65).

Es frecuente que la formación y capacitación de los profesionales de la salud no los prepare adecuadamente para abordar la salud sexual de las personas mayores, y muchos

de ellos consideran que esta cuestión queda fuera del ámbito de su práctica profesional (66-68). En los centros de cuidados a largo plazo, el conocimiento que tienen los profesionales de la sexualidad en las personas mayores es a menudo limitado, y se sienten incómodos al comentar la sexualidad con ellas. Rara vez se les proporciona la privacidad necesaria para la expresión sexual; a menudo no hay políticas claras respecto a la sexualidad; y a los posibles futuros residentes rara vez se les proporciona información sobre el modo en el que se respetarán sus necesidades sexuales y de intimidad (56, 68-70).

Al mismo tiempo, el fomento de un envejecimiento activo y satisfactorio puede crear a veces expectativas poco realistas en cuanto a la sexualidad que pueden no corresponderse con la realidad de algunas personas mayores, lo cual constituye una forma más sutil de edadismo que contribuye a avergonzarles y a producir una pérdida de su autoestima (62, 71).

Temor a la delincuencia

El edadismo puede influir en la forma en la que la policía y los encargados de formular políticas tratan a las personas mayores considerándolas especialmente vulnerables a la delincuencia, en las presentaciones sensacionalistas de los medios de comunicación de las agresiones (generalmente muy poco frecuentes) a personas mayores y en la descripción de las personas mayores como presas del pánico y aterrorizadas por el miedo a salir de sus hogares. Esta imagen de las personas mayores puede llegar a interiorizarse, haciendo que las personas mayores sobreestimen su vulnerabilidad y avivando su temor a la delincuencia, lo cual conduce a la paradoja de que las personas mayores tengan mucho temor a la delincuencia pero un riesgo bajo de llegar a ser víctimas de ella (72).

Violencia y maltrato

El edadismo puede aumentar el riesgo de que se ejerza violencia contra las personas mayores. Según lo indicado por una reciente revisión de ámbito mundial de la prevalencia de la violencia contra las personas mayores, un 15,7% de ellas (es decir, casi una de cada seis) son víctimas de maltrato. Un 11,6% de las personas mayores sufren maltrato psicológico, un 6,8% abusos económicos, un 4,2% abandono, un 2,6% maltrato físico y un 0,9% son víctimas de abusos sexuales (73).

Aunque es posible que el edadismo aumente el riesgo de violencia contra las personas mayores, la evidencia empírica disponible respecto al vínculo entre ambos continúa siendo limitada (74, 75). Los estereotipos negativos respecto a las personas mayores (considerando, por ejemplo, que son dependientes y que generan una carga), los prejuicios y la discriminación las deshumanizan y podrían contribuir a hacer que la violencia contra las personas mayores sea más permisible (75-77).

El edadismo puede actuar como un factor de riesgo para los abusos económicos de las personas mayores por parte de las instituciones de servicios financieros, que se definen como prácticas directas o indirectas de estas instituciones que afectan o amenazan el bienestar económico de las personas mayores. Un ejemplo podría ser vender productos financieros inapropiados a personas mayores o presionarlas para que inviertan sus activos en contra de su voluntad (78).

3.2 EFECTOS ECONÓMICOS DEL EDADISMO

La evidencia disponible sobre los efectos económicos del edadismo es muy limitada, tanto en relación con los individuos como en relación con las sociedades en su conjunto. Sin embargo, la evidencia disponible sugiere que los costos económicos del edadismo pueden ser elevados.

Las estimaciones de los costos económicos de los problemas de salud y sociales son importantes, ya que definen la carga que supone el problema para la sociedad en términos económicos, pueden usarse para justificar los programas de intervención y son necesarios para evaluar la costo-efectividad de los programas. Las estimaciones pueden emplearse para facilitar la puesta en marcha de políticas y la planificación de prioridades, así como para orientar la asignación de los fondos de investigación (79-81). También son fundamentales para comprender la forma en la que los problemas sociales y de salud desaceleran el desarrollo social y económico. Por último, las estimaciones de los costos económicos aumentan la visibilidad y, por lo tanto, las prioridades políticas y de financiamiento para los problemas sociales y de salud.

Aunque no se ha estimado la repercusión económica acumulada del edadismo a lo largo de la vida de un empleado, no hay ninguna duda de que el edadismo deja a las personas en una situación peor de la que habrían tenido de otro modo.

Dado el aumento de la población de personas mayores a nivel mundial, en especial en los países de ingresos bajos y medianos, poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todas partes, como se propone en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (82), depende de que se ponga fin a la pobreza en las personas mayores. Y poner fin a la pobreza en las personas mayores depende, al menos en parte, de que se afronte el edadismo.

3.2.1 Edadismo, pobreza e inseguridad económica en las personas mayores

El edadismo puede aumentar el riesgo de pobreza e inseguridad económica en las personas mayores. En el capítulo anterior de este informe sobre la escala del edadismo, se ha indicado que el edadismo se produce a lo largo de todo el ciclo laboral, desde el reclutamiento y la contratación hasta la capacitación, las oportunidades de progreso y conservación del empleo, y en todo el camino seguido hasta la jubilación. Aunque no se ha estimado la repercusión económica acumulada del edadismo a lo largo de la vida de un empleado, no hay ninguna duda de que el edadismo deja a las personas en una situación peor de la que habrían tenido de otro modo.

La evidencia procedente de Australia indica que la discriminación edadista en el mercado laboral se asocia a una falta de empleo o a un subempleo de las personas mayores, y a una dependencia de estas de la seguridad social, lo cual contribuye a situaciones de pobreza en este grupo poblacional (83).

Las leyes que establecen una edad de jubilación se han interpretado a veces como una forma de edadismo institucional que contribuye a producir la inseguridad económica de las personas mayores. Sin embargo, su repercusión en la situación económica de las

personas mayores no es directa y continúa siendo objeto de controversia, en función, entre otras cosas, del grado de prestación de pensiones estatales disponible en el país (84, 85).

La pérdida de la seguridad económica y el ulterior paso a la pobreza pueden tener repercusiones devastadoras en una persona mayor. Pueden dar lugar a una disminución rápida de la salud, una mortalidad más temprana y una dependencia de los sistemas estatales de bienestar, allí donde existan estos sistemas (86, 87). Sin embargo, todavía son muy pocos los estudios en los que se ha examinado la forma en la que el edadismo contribuye a producir pobreza. Deberá realizarse una mayor investigación en este campo de manera prioritaria en los países de ingresos altos, medianos y bajos.

3.2.2 Carga económica del edadismo para la sociedad

El edadismo le cuesta a la sociedad miles de millones de dólares, pero, hasta la fecha, se han llevado a cabo pocos estudios en los que se hayan calculado los costos económicos del edadismo para la sociedad y la economía en sentido amplio, en especial a nivel de los países. Un estudio sobre el edadismo en el lugar de trabajo reveló que, en una empresa con 10.000 empleados de Estados Unidos, la desafección de los trabajadores a causa de la discriminación por la edad llevó a aproximadamente 5000 días de absentismo laboral no justificado y a una pérdida de pagos de salarios de unos 600.000 dólares estadounidenses al año (88). Algunas estimaciones realizadas en Australia indican que si hubiera un 5% más de personas de edad igual o superior a 55 años empleadas, ello tendría una repercusión positiva de 48.000 millones de dólares australianos al año para la economía del país (89).

Un estudio indicó que, en Estados Unidos, cada año uno de cada siete dólares gastados en atención de salud para los ocho trastornos más costosos se debió al edadismo.

El primer estudio sobre la carga económica que suponen las consecuencias para la salud del edadismo en la economía nacional, realizado en Estados Unidos, se publicó en el 2020 (90). En ese estudio se calcularon los costos del edadismo para Estados Unidos a lo largo de un año en relación con los ocho trastornos de salud de mayor costo para todas las personas de edad igual o superior a 60 años. Estos ocho trastornos fueron: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos osteomusculares, traumatismos y lesiones, diabetes mellitus, enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, trastornos mentales y enfermedades no transmisibles. El estudio indicó que, en total, en Estados Unidos, cada año uno de cada siete dólares (es decir, 63.000 millones de dólares) gastados en atención de salud para los ocho trastornos más costosos se debió al edadismo. La percepción negativa del envejecimiento por parte de las propias personas mayores supone un costo de 33.700 millones de dólares; los estereotipos negativos respecto a la edad comportan un costo de 28.500 millones de dólares; y la discriminación debida a la edad tiene un costo de 11.100 millones de dólares. Estos resultados constituyen un claro argumento para aplicar intervenciones destinadas a reducir el edadismo (90). Aunque una intervención tenga tan solo una repercusión moderada, por ejemplo, una reducción del número de casos de estos trastornos de salud graves en un 5%, en Estados Unidos esto supondría un ahorro de 3.150 millones de dólares, con 852.000 casos menos de estos ocho trastornos.

3.3 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

En tanto que problema de salud pública, el edadismo es un importante determinante social de la salud que no se ha tenido en cuenta durante demasiado tiempo. Sin embargo, el edadismo es también un problema de desarrollo y de derechos humanos, que tiene consecuencias graves.

Partiendo de los datos presentados en unos 500 estudios de más de 50 países, en este capítulo se ha puesto de relieve que los estereotipos, los prejuicios y la discriminación que se asocian al edadismo suponen un notable costo para la salud y el bienestar de las personas mayores; que el edadismo cuesta a los países miles de millones de dólares cada año; y que puede estar contribuyendo a producir situaciones de pobreza en las personas mayores. Estos resultados indican que es el edadismo (y no las personas mayores) lo que supone una notable carga para la sociedad.

El edadismo aumenta los comportamientos de riesgo para la salud, afecta negativamente a la salud física y mental, acelera el deterioro cognitivo, retarda la recuperación de la discapacidad y reduce la longevidad. Los efectos del edadismo van más allá del cuerpo, socavando las relaciones sociales y contribuyendo a hacer que las personas mayores estén socialmente aisladas y sean solitarias, y puede aumentar su temor a la delincuencia y el riesgo de que sean víctimas de la violencia y del maltrato. Aunque las intervenciones destinadas a reducir el edadismo solo tuvieran un efecto pequeño, podrían proporcionar grandes mejoras en la vida de las personas mayores y un ahorro sustancial para los países.

Las prioridades futuras para mejorar el conocimiento y para aplicar medidas directas sobre la repercusión del edadismo, así como para fortalecer la lucha contra el edadismo deben incluir lo siguiente:

- aumentar la concientización del público respecto a los efectos nocivos de amplio alcance que tiene el edadismo;
- resolver las lagunas en la investigación, de la siguiente forma:
 - a) demostrando que las relaciones entre el edadismo y los efectos identificados en este capítulo son realmente causales y no simplemente asociaciones (véase el [recuadro 3.1](#));
 - b) generando más investigación sobre los efectos del edadismo en los países de ingresos bajos y medianos; y
 - c) determinando si los efectos del edadismo difieren en función de las características individuales (como edad, género, raza, discapacidad, identidad sexual), los contextos y los países, y de qué forma lo hacen;
- elaborar estimaciones de los efectos económicos del edadismo y determinar de qué forma contribuye el edadismo a producir la pobreza en las personas mayores, sus costos más importantes para las economías nacionales, y el modo en el que el edadismo contribuye a retardar el desarrollo social y económico, en especial en los países de ingresos bajos y medianos.

REFERENCIAS

1. What is the WHO definition of health? In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, accessed 29 August 2020).
2. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. PLOS ONE. 2020;15(1):e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
3. Mason SE, Kuntz CV, McGill CM. Oldsters and Ngrams: age stereotypes across time. Psychol Rep. 2015;116(1):324–9. <https://doi.org/10.2466/17.10.PRO.116k17w6>.
4. Ng R, Allore HG, Trentalange M, Monin JK, Levy BR. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. PLOS ONE. 2015;10(2):e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>.
5. Spangenberg L, Zenger M, Glaesmer H, Braehler E, Strauss B. Assessing age stereotypes in the German population in 1996 and 2011: socio-demographic correlates and shift over time. Eur J Ageing. 2018;15(1):47–56. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0432-5>.
6. Krosch AR, Amodio DM. Economic scarcity alters the perception of race. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(25):9079–84. <https://doi.org/10.1073/pnas.1404448111>.
7. Johnston DW, Lordan G. Racial prejudice and labour market penalties during economic downturns. Eur Econ Rev. 2016;84:57–75. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2015.07.011>.
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLOS Med. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
9. Gu DA, Dupre ME, Qiu L. Self-perception of uselessness and mortality among older adults in China. Arch Gerontol Geriatr. 2017;68:186–94. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.015>.
10. Kotter-Gruhn D, Kleinspehn-Ammerlahn A, Gerstorf D, Smith J. Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. Psychol Aging. 2009;24(3):654–67. <https://doi.org/10.1037/a0016510>.
11. Levy BR, Bavishi A. Survival advantage mechanism: inflammation as a mediator of positive self-perceptions of aging on longevity. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018;73(3):409–12. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw035>.
12. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. J Personal Soc Psychol. 2002;83(2):261–70. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.261>.
13. Maier H, Smith J. Psychological predictors of mortality in old age. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1999;54(1):P44–54. <https://doi.org/10.1093/geronb/54b.1.p44>.
14. Rakowski W, Hickey T. Mortality and the attribution of health problems to aging among older adults. Am J Public Health. 1992;82(8):1139–41. <https://doi.org/10.2105/Ajph.82.8.1139>.
15. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014;69(2):168–73. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt005>.

16. Stewart TL, Chipperfield JG, Perry RP, Weiner B. Attributing illness to 'old age': consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychol Health*. 2012;27(8):881–97. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630735>.
17. Zhao Y, Dupre ME, Qiu L, Gu D. Changes in perceived uselessness and risks for mortality: evidence from a national sample of older adults in China. *BMC Public Health*. 2017;17(1):561. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4479-1>.
18. Levy BR, Slade MD, Murphy TE, Gill TM. Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*. 2012;308(19):1972–3. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>.
19. Villiers-Tuthill A, Copley A, McGee H, Morgan K. The relationship of tobacco and alcohol use with ageing self-perceptions in older people in Ireland. *BMC Public Health*. 2016;16(1):627. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3158-y>.
20. Matlho K, Randell M, Lebelonyane R, Kefas J, Driscoll T, Negin J. HIV prevalence and related behaviours of older people in Botswana – secondary analysis of the Botswana AIDS Impact Survey (BAIS) IV. *Afr J AIDS Res*. 2019;18(1):18–26. <https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1552162>.
21. Minichiello V, Rahman S, Hawkes G, Pitts M. STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspect Public Health*. 2012;132(4):178–81. <https://doi.org/10.1177/1757913912445688>.
22. Tavoschi L, Dias JG, Pharris A, Schmid D, Sasse A, Van Beckhoven D, et al. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *Lancet HIV*. 2017;4(11):e514–21. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30155-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30155-8).
23. NCSTD/CCDC. 2008 national report of epidemiological data on STDs from sentinel sites in China. *Bull STI Prev Control*. 2009;1-8.
24. Cui Y, Shi CX, Wu Z. Epidemiology of HIV/AIDS in China: recent trends. *Global Health J*. 2017;1(1):26–32. [https://doi.org/10.1016/S2414-6447\(19\)30057-0](https://doi.org/10.1016/S2414-6447(19)30057-0).
25. Fialova D, Onder G. Medication errors in elderly people: contributing factors and future perspectives. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;67(6):641–5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03419.x>.
26. Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005;293(11):1348–58. <https://doi.org/10.1001/jama.293.11.1348>.
27. Petrovic M, Somers A, Onder G. Optimization of geriatric pharmacotherapy: role of multifaceted cooperation in the hospital setting. *Drugs Aging*. 2016;33(3):179–88. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0352-7>.
28. Fialova D, Kummer I, Drzaic M, Leppee M. Ageism in medication use in older patients. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:241–62 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_14, accessed 15 March 2020).
29. Sabaté E, editor. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>, accessed 18 March 2020).
30. Scheen AJ, Giet D. [Non compliance to medical therapy; causes, consequences, solutions]. *Rev Med Liege*. 2010;65(5-6):239–45 (in French). PMID: 20684400.
31. Beard K. Adverse reactions as a cause of hospital admission in the aged. *Drugs Aging*. 1992;2(4):356–67. <https://doi.org/10.2165/00002512-199202040-00008>.
32. Spinewine A, Fialova D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging*. 2012;29(6):495–510. <https://doi.org/10.2165/11631720-000000000-00000>.
33. Qato DM, Wilder J, Schumm LP, Gillet V, Alexander GC. Changes in prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA Intern Med*. 2016;176(4):473–82. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8581>.
34. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(5):331–42. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>.
35. Strandberg LR. Drugs as a reason for nursing home admissions. *J Am Health Care Assoc*. 1984;10(4):20-3. PMID: 10267407.
36. Levy BR, Pilver CE, Pietrzak RH. Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted. *Soc Sci Med*. 2014;119:170–4. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.046>.
37. Seidler AL, Wolff JK. Bidirectional associations between self-perceptions of aging and processing speed across 3 years. *GeroPsych*. 2017;30(2):49–59. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000165>.
38. Horton S, Baker J, Pearce GW, Deakin JM. On the malleability of performance – implications for seniors. *J Appl Gerontol*. 2008;27(4):446–65. <https://doi.org/10.1177/0733464808315291>.
39. Lamont RA, Swift HJ, Abrams D. A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychol Aging*. 2015;30(1):180–93. <https://doi.org/10.1037/a0038586>.
40. Meisner BA. A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67(1):13–7. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr062>.
41. Levy BR, Slade MD, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(5):P409–17. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.P409>.
42. Loos E, Ivan L. Visual ageism in the media. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:241–62 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_11, accessed 27 February 2020).
43. Appel M, Weber S. Do mass mediated stereotypes harm members of negatively stereotyped groups? A meta-analytical review on media-generated stereotype threat and stereotype lift. *Commun Res*. 2017;2017. <https://doi.org/10.1177/0093650217715543>.
44. Viitasalo N, Natti J. Perceived age discrimination at work and subsequent long-term sickness absence among Finnish employees. *J Occup Environ Med*. 2015;57(7):801–5. <https://doi.org/10.1097/Jom.0000000000000468>.
45. Low G, Molzahn AE, Schopflocher D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11(1):146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146>.
46. Shiovitz-Ezra S, Shemesh J, McDonnell-Naughton M. Pathways from ageism to loneliness. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:131–48 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_9, accessed 2 March 2020).
47. Cheng ST. Self-perception of aging and satisfaction with children's support. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;72(5):782–91. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv113>.

48. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkala KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005;41(3):223–33. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>.
49. Victor CR, Scambler S, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing Soc.* 2005;25(6):357–75. <https://doi.org/10.1017/S0144686x04003332>.
50. Zhong BL, Chen SL, Tu X, Conwell Y. Loneliness and cognitive function in older adults: findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2017;72(1):120–8. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw037>.
51. Ayalon L, Shiovitz-Ezra S. The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(10):1677–85. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001384>.
52. Barg FK, Huss-Ashmore R, Wittink MN, Murray GF, Bogner HR, Gallo JJ. A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006;61(6):S329–39. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.6.s329>.
53. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging.* 2006;21(1):140–51. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>.
54. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community.* 2017;25(3):799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>.
55. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington (DC): National Academies Press; 2020.
56. Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Benyamini Y, Phelan A, Jackson J, Alayon L. Ageism and sexuality. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018. p. 149–62 (<https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-810>, accessed 16 March 2020).
57. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ.* 2013;91(9):707–9. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.119230>.
58. Agunbiade OM, Ayotunde T. Ageing, sexuality and enhancement among Yoruba people in south western Nigeria. *Cult Health Sex.* 2012;14(6):705–17. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.677861>.
59. Kontula O, Haavio-Mannila E. The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *J Sex Res.* 2009;46(1):46–56. <https://doi.org/10.1080/00224490802624414>.
60. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New Engl J Med.* 2007;357(8):762–74. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423>.
61. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr., Paik A, Gingell C, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology.* 2004;64(5):991–7. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055>.
62. DeLamater J, Koepsel E. Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sex Relatsh Ther.* 2015;30(1):37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>.
63. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract.* 2003;20(6):690–5. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>.
64. Vares T. Reading the 'sexy oldie': gender, age(ing) and embodiment. *Sexualities.* 2009;12(4):503–24. <https://doi.org/10.1177/1363460709105716>.
65. Chepngeno-Langat G, Hosegood V. Older people and sexuality: double jeopardy of ageism and sexism in youth-dominated societies. *Agenda.* 2012;26(4):93–9. <https://doi.org/10.1080/10130950.2012.757864>.
66. Dogan S, Demir B, Eker E, Karim S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(5):1019–27. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007229>.
67. Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: a systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Educ Today.* 2016;40:57–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.012>.
68. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(9):1140–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013>.
69. Gilmer MJ, Meyer A, Davidson J, Koziol-McLain J. Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nurs Pract N Z.* 2010;26(3):17–24. PMID: 21188913.
70. Mahieu L, de Casterle BD, Acke J, Vandermarliere H, Van Elssen K, Fieuws S, et al. Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nurs Ethics.* 2016;23(6):605–23. <https://doi.org/10.1177/0969733015580813>.
71. Woloski-Wruble AC, Oliel Y, Leefsma M, Hochner-Celnikier D. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *J Sex Med.* 2010;7(7):2401–10. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01747.x>.
72. Pain RH. 'Old age' and ageism in urban research: the case of fear of crime. *Int J Urban Reg Res.* 1997;21(1):117–128. <https://doi.org/10.1111/1468-2427.00061>.
73. Yon YJ, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(2):E147–56. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2).
74. de Lima MP, Vergueiro ME, Gonzalez A-J, Martins P, Oliveira JG. Relations between elder abuse, ageism and perceptions of age. *Int J Humanit Soc Sci Educ.* 2019;5(6):91–102. <https://doi.org/10.20431/2349-0381.0506012>.
75. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist.* 2016;56(Suppl. 2):S194–205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>.
76. Nelson TD. Ageism: prejudice against our feared future self. *J Soc Issues.* 2005;61(2):207–21. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>.
77. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107293>, accessed 24 March 2020).
78. Naughton C, Drennan J. Exploring the boundaries between interpersonal and financial institution mistreatment of older people through a social ecology framework. *Ageing Soc.* 2016;36(4):694–715. <https://doi.org/10.1017/S0144686x14001433>.
79. Byford S, Torgerson DJ, Raftery J. Cost of illness studies. *BMJ.* 2000;320(7245):1335. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7245.1335>.
80. Larg A, Moss JR. Cost-of-illness studies: a guide to critical evaluation. *Pharmacoeconomics.* 2011;29(8):653–71. <https://doi.org/10.2165/11588380-000000000-00000>.
81. Rice DP. Cost of illness studies: what is good about them? *Inj Prev.* 2000;6(3):177–9. <https://doi.org/10.1136/ip.6.3.177>.
82. Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Seventieth United Nations General Assembly, 21 October 2015.

- New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 12 October 2020).
83. Age discrimination – exposing the hidden barrier for mature age workers. Sydney: Australian Human Rights Commission; 2010 (<https://humanrights.gov.au/our-work/age-discrimination/publications/age-discrimination-exposing-hidden-barrier-mature-age>, accessed 25 March 2020).
84. Lain D. Helping the poorest help themselves? Encouraging employment past 65 in England and the USA. *J Soc Policy*. 2011;40(3):493–512.
<https://doi.org/10.1017/S0047279410000942>.
85. McDonald L. The evolution of retirement as systematic ageism. In: Bronwell P, Kelly JJ, editors. *Ageism and mistreatment of older workers: current reality, future solutions*. New York: Springer; 2013:69–90.
86. Davies M, Gilhooly M, Harries P, Gilhooly K. *Financial elder abuse: a review of the literature*. London: Brunel University, Brunel Institute for Ageing Studies; 2011.
87. Kwan C, Walsh CA. Old age poverty: a scoping review of the literature. *Cogent Soc Sci*. 2018;4(1):1478479. <https://doi.org/10.1080/23311886.2018.1478479>.
88. Wilson DC. The price of age discrimination: when older workers face discrimination, everybody loses. In: *Gallup Business Journal* [website]. London: Gallup; 2006 (<https://news.gallup.com/businessjournal/23164/price-age-discrimination.aspx>, accessed 25 March 2020).
89. National prevalence survey of age discrimination in the workplace: report 2015. Sydney: Australian Human Rights Commission; 2015 (<https://humanrights.gov.au/sites/default/files/document/publication/AgePrevalenceReport2015.pdf>, accessed 25 March 2020).
90. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kanno S, Wang SY. Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *Gerontologist*. 2020;60(1):174–81.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny131>.

04

**DETERMINANTES
DEL EDADISMO
CONTRA LAS
PERSONAS MAYORES**

ISABEL, 80,
ESTADO
PLURINACIONAL
DE BOLIVIA

“ Las personas mayores sufren discriminación en su hogar porque no son comprendidas por la familia. Los hijos, la nuera, los vecinos no las comprenden y esta es la forma en la que se inician la discriminación y el maltrato. Sin embargo las instituciones públicas son los principales causantes de la discriminación por razones de edad. ”

Isabel, 80,
Estado Plurinacional de Bolivia
©Sebastian Ormachea / HelpAge International

Capítulo

04

Establecer cuáles son los factores determinantes del edadismo (tanto los factores de riesgo como los factores protectores) es un requisito previo para elaborar estrategias eficaces para reducirlo. Los factores de riesgo son características que aumentan la probabilidad del edadismo. Los factores protectores son características que reducen la probabilidad del edadismo o que aportan una atenuación del riesgo de que se produzca. Para que den resultado, las estrategias para reducir el edadismo deben ir orientadas a los determinantes que los causan.

El apartado 4.1 de este capítulo se centra en los determinantes del edadismo interpersonal. En él se examinan las características individuales asociadas al hecho de que una persona manifieste o sufra de edadismo interpersonal, así como los determinantes contextuales del edadismo interpersonal. En el apartado 4.2 se abordan los determinantes del edadismo autoinflingido. No se identificó ninguna evidencia respecto a los determinantes del edadismo institucional, lo cual constituye una brecha notable en el conocimiento.

Las características individuales asociadas con el edadismo interpersonal contra las personas mayores son las siguientes: edad, sexo, nivel de estudios, ansiedad acerca de la muerte o temor a ella, ciertos rasgos de la personalidad, contacto con personas mayores y conocimientos sobre el envejecimiento.

Las características individuales asociadas al hecho de sufrir edadismo interpersonal por parte de otras personas son la edad, un peor estado de salud y la dependencia del cuidado.

Los principales determinantes contextuales del edadismo interpersonal son la esperanza de vida sana en el país y el hecho de trabajar en determinadas profesiones y sectores laborales.

Las características individuales asociadas con el edadismo autoinflingido son un peor estado de salud mental y física, y la falta de un contacto positivo con los nietos.

Los resultados que se presentan en este capítulo proceden principalmente de una revisión sistemática exhaustiva de los determinantes del edadismo contra las personas mayores (1). Tan solo se presentan aquellos determinantes para los que se identificó una asociación clara de un factor de riesgo o un factor protector con el edadismo.

En la revisión se examinaron docenas de otros posibles determinantes (como la raza y el origen étnico, el hecho de trabajar para personas mayores o prestarles cuidados, la posición socioeconómica, la situación laboral, la pertenencia a una cultura colectivista o tradicional) y o bien no se observó asociación alguna con el edadismo o bien los resultados fueron contradictorios. Serán necesarias nuevas investigaciones respecto a varios de estos posibles determinantes, así como respecto a otros no examinados (como la existencia de un sistema de bienestar social y de una cobertura universal de salud). Además, fueron pocos los estudios incluidos en la revisión sistemática que se realizaron en países de ingresos bajos y medianos (1).

Este capítulo complementa el análisis general de los posibles determinantes principales del edadismo identificados hasta la fecha con un breve examen de tres

de las teorías principales sobre el edadismo para las que existe un considerable apoyo empírico. Las teorías sobre el edadismo son explicaciones que especifican mecanismos causales subyacentes que producen el edadismo.

Para que las estrategias destinadas a reducir el edadismo sean eficaces, deben ir dirigidas a mecanismos causales que sean modificables (2-4). Las teorías específicas programáticas o las teorías del cambio que subyacen en la elaboración de estrategias eficaces para reducir el edadismo se basan en estas teorías sobre el edadismo más amplias y con respaldo empírico (5-7).

4.1 DETERMINANTES DEL EDADISMO INTERPERSONAL

En este apartado se presenta un análisis general de los principales determinantes del edadismo interpersonal, incluidas las características individuales asociadas al hecho de que una persona manifieste o sufra de edadismo interpersonal, así como de los determinantes contextuales del edadismo interpersonal (véase el cuadro 4.1).

4.1.1 Características individuales de las personas que manifiestan edadismo

Edad, sexo o género y nivel de estudios

Un estudio reciente realizado en 57 países reveló que la menor edad, el género masculino y el hecho de tener un menor nivel de estudios son factores que aumentan

la probabilidad de que una persona sea sumamente edadista. El efecto del nivel de estudios fue más marcado que el efecto de la menor edad o del género masculino, que aumentan tan solo levemente el riesgo de edadismo contra las personas mayores (8). El menor nivel de estudios aumenta también la probabilidad de que una persona muestre un edadismo moderado (8). Estudios anteriores más pequeños han mostrado también resultados similares con respecto al sexo o género (9-13), la edad (14-16) y el nivel de estudios (17, 18). Sin embargo, estos resultados no siempre han sido uniformes (1).

En el caso de los profesionales de la salud y de la asistencia social, no siempre se ha observado que la edad, el sexo o el género sean factores determinantes del edadismo. En una revisión sistemática del 2013 que incluyó 25 estudios se observó que la edad y el sexo no fueron factores predictivos uniformes de las actitudes de las enfermeras hacia las personas mayores (19). Sin embargo en estudiantes de enfermería y enfermeras tituladas de Grecia y Suecia, la menor edad (< 25 años) y el género masculino fueron factores de riesgo importantes para el edadismo contra las personas mayores (20,21).

Los médicos con más años de estudios mostraron una menor probabilidad de manifestar edadismo contra las personas mayores (22). El hecho de haber tenido contacto con el contenido de conocimientos sobre el envejecimiento en cursos gerontológicos mejoró también las percepciones sobre las personas mayores y las actitudes hacia ellas en el ámbito de la asistencia social (23). Esto resulta prometedor para las actividades de capacitación futuras destinadas a los profesionales de la salud que tienen como objetivo aumentar sus conocimientos acerca del envejecimiento y de las personas mayores.

Cuadro 4.1. Determinantes del edadismo contra las personas mayores

		TIPO DE DETERMINANTE	TIPO DE ASOCIACIÓN		
EDADISMO INTERPERSONAL	DETERMINANTES A NIVEL INDIVIDUAL	PERSONA QUE MANIFIESTA EDADISMO	Edad	Menor edad	Mayor edadismo (factor de riesgo)
			Sexo/género	Masculino	Mayor edadismo (factor de riesgo)
			Nivel de estudios	Nivel inferior	Mayor edadismo (factor de riesgo)
			Ansiedad acerca de la muerte o temor a ella	Mayor	Mayor edadismo (factor de riesgo)
			Rasgos de la personalidad	Amabilidad, extroversión, responsabilidad y orientación colectivista	Menor edadismo (factor protector)
			Contacto con grupos de personas mayores, en especial la calidad del contacto, incluido el contacto entre abuelos y nietos y la amistad intergeneracional	Contacto de mayor calidad	Menor edadismo (factor protector)
			Conocimientos acerca del envejecimiento	Mayor conocimiento acerca del envejecimiento	Menor edadismo (factor protector)
	PERSONA QUE SUFRE EL EDADISMO	Edad	Mayor edad	Mayor edadismo (factor de riesgo)	
		Estado de salud y dependencia en cuanto a cuidados	Peor estado de salud y mayor dependencia para cuidados	Mayor edadismo (factor de riesgo)	
	DETERMINANTES CONTEXTUALES	Proporción de personas mayores en el país	Poco clara		
		Esperanza de vida sana del país	Inferior	Mayor edadismo (factor de riesgo)	
		Profesión y sector laboral	Algunas profesiones y sectores laborales (por ejemplo, alta tecnología)	Mayor edadismo (factor de riesgo)	
		Forma en la que se presenta a las personas mayores en los estudios experimentales que simulan los entornos de vida real	Presentación positiva con más información	Menor edadismo (factor protector)	
Comparación con las personas jóvenes			Mayor edadismo (factor de riesgo)		
EDADISMO AUTOINFLINGIDO	DETERMINANTES A NIVEL INDIVIDUAL	Salud mental y física	Peor	Mayor edadismo (factor de riesgo)	
		Contacto con nietos	Más contacto	Menor edadismo (factor protector)	

Ansiedad acerca del envejecimiento y temor a la muerte

Los individuos con un nivel más alto de ansiedad acerca del envejecimiento o de temor a la muerte presentan actitudes más edadistas (1). Aunque proceden de un número limitado de estudios, estos resultados apoyan la teoría bien establecida del edadismo que se denomina "teoría del manejo del terror" (véase el recuadro 4.1), que postula que las personas mayores plantean una amenaza existencial a las personas jóvenes y les generan ansiedad respecto a la muerte ya que constituyen un recordatorio constante de su propia mortalidad y vulnerabilidad (24).

Rasgos de la personalidad

Hay unos pocos estudios que han observado también que las personas con rasgos de la personalidad de amabilidad, extroversión, responsabilidad y colectivismo personal tienen una menor probabilidad de ser edadistas; es decir, estas características actúan como factores protectores contra el edadismo (1).

Contacto con grupos de personas mayores

Hay una considerable evidencia que indica que tener contacto con grupos de personas mayores, en especial si es un contacto de calidad, reduce la probabilidad de manifestar edadismo (es decir, un contacto de mejor calidad actúa como factor protector contra el edadismo).

Una revisión sistemática ha mostrado que un contacto de mejor calidad, tanto con personas mayores en general como con los abuelos y otros familiares en particular, redujo el edadismo (1). Esto confirma los resultados de revisiones anteriores (25, 26). Los estudios en los que se ha examinado la relación entre la amistad intergeneracional y el edadismo son muy escasos (27). Un estudio realizado en 25

países de la Unión Europea reveló que quienes referían amistades intergeneracionales tendían a ser menos edadistas y que esto se daba tanto en las personas jóvenes como en las personas mayores (28). La rareza de tales amistades intergeneracionales puede explicar en parte el edadismo generalizado que se ha documentado en el capítulo 2 (28, 29). Por ejemplo, en 25 países de la Unión Europea, un 18% de las personas jóvenes de 18 a 30 años indicaron tener amigos de edad igual o superior a 70 años. En ese estudio, las mujeres jóvenes mostraron una probabilidad de tener amistades intergeneracionales inferior a la de los hombres jóvenes (28).

Esto tiene interés cuando se contemplan posibles intervenciones destinadas a reducir el edadismo ya que pueden organizarse actividades para reunir a diferentes generaciones. La influencia de este factor de riesgo en el edadismo puede explicarse mediante la teoría del contacto intergrupar (véase el recuadro 4.1), que postula que un mayor contacto con personas mayores o con personas jóvenes puede ser útil para reducir los prejuicios contra ellas (30, 31).

Conocimientos acerca del envejecimiento

La evidencia disponible indica que tener conocimientos acerca del envejecimiento protege contra el edadismo. En otras palabras, cuanto mayores son los conocimientos de una persona acerca del envejecimiento menos edadista tiende a ser.

Entre los estudios incluidos en una revisión realizada para este informe en los que se examinó la relación entre los conocimientos acerca del envejecimiento y el edadismo, 18 indicaron que el hecho de tener conocimientos sobre el envejecimiento se asociaba a un menor edadismo (42-59), y cinco estudios indicaron que o bien no había asociación entre ambas cosas o los resultados eran contradictorios o no coincidentes (60-64).

Recuadro 4.1

Tres teorías sobre el edadismo que tienen respaldo empírico

Las teorías sobre el edadismo señalan los mecanismos causales subyacentes que lo producen. Las teorías específicas programáticas o las teorías del cambio que subyacen a la elaboración de estrategias eficaces para reducir el edadismo se basan en estas teorías sobre el edadismo más amplias y con respaldo empírico (5-7).

Teoría del manejo del terror: La teoría del manejo del terror sugiere que el edadismo se produce como consecuencia de nuestro temor a la muerte. Esta teoría sostiene que las necesidades universales de significado y autoestima que muestran los seres humanos surgen, en parte, como intentos de refuerzo psicológico ante la conciencia de la mortalidad. Las personas mayores plantean una amenaza existencial a las personas jóvenes porque les recuerdan que la muerte es inevitable. Nuestro temor a la muerte, el deterioro físico y la pérdida de dignidad y autoestima generan reacciones negativas hacia las personas mayores, así como un deseo de distanciarnos de ellas, y ello se manifiesta en forma de estereotipos, prejuicios y discriminación contra las personas mayores. Se propone que, al aprender a reconocer y hacer frente de manera más directa a los temores asociados con nuestra naturaleza física y mortal, podemos contrarrestar estos temores y reducir el edadismo (24, 32, 33).

Teoría de la amenaza entre grupos y teoría del contacto entre grupos o intergrupala: La teoría de la amenaza entre grupos o intergrupala sostiene que los individuos reaccionan de un modo hostil frente a las personas que no pertenecen a su propio grupo, especialmente cuando los grupos distintos del propio son percibidos como potencialmente perjudiciales al plantear amenazas reales o simbólicas. Las amenazas reales son las que se perciben como dirigidas al poder, los recursos y el bienestar del grupo, mientras que las amenazas simbólicas son las que se perciben como dirigidas a las opiniones, el sistema de creencias y los valores del grupo (34). Esta teoría puede ayudar a explicar por qué las personas jóvenes, que representan una competición directa para las personas de mediana edad, pueden sufrir el edadismo de la sociedad. Aun en el caso de que las personas no identifiquen una amenaza específica por parte de las personas que no forman parte del propio grupo, pueden optar por mostrar sesgos que les ayuden a crear una distinción positiva entre su grupo y los grupos que no son el propio (35).

La teoría del contacto intergrupala puede considerarse la otra cara de la moneda de la teoría de la amenaza intergrupala. Esta teoría sostiene que el contacto entre grupos en condiciones óptimas reduce la amenaza intergrupala y los estereotipos, prejuicios y discriminación que la acompañan. Los mecanismos causales a través de los cuales se produce este efecto incluyen una reducción de la ansiedad acerca del contacto entre grupos y un aumento de la capacidad de perspectiva y la empatía. También desempeña un papel, aunque menos importante, la mejora del conocimiento del grupo que no es el propio. Se ha planteado la hipótesis de que las condiciones óptimas para el contacto

intergrupala incluyen que los grupos se encuentren en una situación de iguales y tengan objetivos comunes; que se fomenten situaciones que estimulen la cooperación intergrupala; y que cuenten con el apoyo de las autoridades, la ley o las costumbres (25, 36-38). La teoría del contacto intergrupala se ha evaluado ampliamente con diferentes grupos raciales y étnicos, personas con discapacidades físicas y trastornos de salud mental, así como con personas de diferentes grupos etarios (37, 38). Las estrategias de contacto intergeneracional se basan en gran parte en la teoría del contacto intergrupala.

Teoría de la encarnación de estereotipos: Esta teoría postula que los miembros de grupos estigmatizados tienden a asimilar los estereotipos acerca de sí mismos que muestra la sociedad, dando lugar a autopercepciones negativas que pueden influir en su salud (39). La teoría de la encarnación de estereotipos tiene cuatro componentes principales. En primer lugar, ayuda a explicar el proceso por el cual las personas interiorizan, desde una edad temprana, los estereotipos etarios más destacados de su cultura. En segundo lugar, sostiene que los estereotipos pueden actuar de manera inconsciente. En tercer lugar, los estereotipos alcanzan mayor prominencia cuando las personas llegan a ciertos hitos asociados a una determinada edad, como la jubilación. En cuarto lugar, la encarnación de los estereotipos se produce a través de tres vías principales: fisiológica, comportamental y psicológica. La vía fisiológica está relacionada con el estrés fisiológico que se produce al considerar que las percepciones negativas respecto al envejecimiento son aplicables a uno mismo. Por ejemplo, las personas mayores expuestas de manera subliminal a estereotipos etarios negativos mostraron una mayor respuesta cardiovascular al estrés (40). La vía comportamental actúa a través de los cambios en el comportamiento, como ocurre en las personas que consideran negativamente el envejecimiento y no acuden a los exámenes médicos porque consideran que la enfermedad es algo normal en las personas mayores. La vía psicológica consiste en la generación de expectativas que actúan como profecías que se autocumplen (39, 41). Cada una de estas vías proporciona posibles objetivos para las intervenciones. Por ejemplo, las vías psicológicas y comportamentales podrían modificarse mediante intervenciones educativas que cambien lo que se considera normal en las personas mayores. Aunque esta teoría se ha usado principalmente para explicar el edadismo autoinfligido en las personas mayores, es probable que el mismo mecanismo actúe en el edadismo autoinfligido a otras edades ya que las personas están expuestas a estereotipos acerca de diferentes grupos etarios desde la infancia y durante el resto de la vida.

Todos los estudios, menos uno, utilizaron el mismo instrumento de medición de los conocimientos sobre el envejecimiento, el cuestionario *Facts on Ageing Quiz*, cuya validez como parámetro de medida del conocimiento sobre el envejecimiento ha sido puesta en duda (65). Otra limitación es que, en estos estudios, en general, no se especifica frente a qué dimensión o dimensiones del edadismo (es decir, estereotipos, prejuicios o discriminación) protegen esos conocimientos.

4.1.2 Características individuales asociadas con el hecho de ser objeto del edadismo

Edad

A medida que las personas envejecen, su probabilidad de sufrir edadismo aumenta: cuanto mayor es la edad de una persona, más probable es que sea objeto del edadismo (1).

Estado de salud y dependencia en cuanto al cuidado

En un estudio se observó que el hecho de tener mala salud o de ser dependiente en cuanto al cuidado era un factor de riesgo para tener percepciones negativas respecto a las personas mayores (66). Otro estudio indicó la existencia de un posible sesgo contra las personas mayores que están enfermas o que tienen una mayor dependencia del cuidado (67). Esto indica que la forma en la que son percibidas las personas mayores podría depender del estado de salud asociado a su edad más que de la edad en sí (67).

4.1.3 Determinantes contextuales del edadismo interpersonal

Proporción de personas mayores en un país

Un riguroso estudio reciente llevado a cabo en 57 países, con una muestra de más de 80.000 participantes reveló que, cuanto mayor era la proporción de personas mayores en un país, menor era el edadismo presente en el país. Es decir, el hecho de tener una proporción elevada de personas mayores actúa como factor protector frente al edadismo (8).

En estudios anteriores se había llegado a la conclusión contraria: cuanto mayor era la proporción de personas mayores en un país mayor era el edadismo contra ellas (12, 68). Una posible explicación de estos resultados contradictorios es que es posible que lo importante no sea la proporción en sí sino la rapidez en el cambio de la proporción de personas mayores. Los países en los que la composición por edades de la población está cambiando con mayor rapidez podrían ser más propensos al edadismo (69).

Esperanza de vida sana

Cuanto menor es la esperanza de vida sana (es decir el número medio de años de vida con plena salud que se espera que un recién nacido pueda tener) en un país, mayor es la probabilidad de que las personas tengan actitudes muy edadistas o moderadamente edadistas (8).

Los países con una esperanza de vida sana inferior tienen una mayor probabilidad de tener personas adultas con un peor estado de salud, y es probable que el contacto frecuente con personas mayores en un mal estado de salud refuerce las actitudes negativas respecto al envejecimiento. A su vez,

es probable que las actitudes edadistas sean interiorizadas por las personas al envejecer y que apliquen esas actitudes hacia sí mismas en forma de edadismo contra ellas mismas, lo cual puede reducir la salud y la capacidad de funcionamiento, tal como se explica en el capítulo 3. Esto destaca la necesidad de invertir en políticas que promuevan prácticas de envejecimiento saludable y que permitan a las personas vivir más tiempo y con mejor salud (70).

Si bien la existencia de una menor proporción de personas mayores en un país puede ser un factor de riesgo para el edadismo interpersonal, y una menor esperanza de vida sana puede ser también un factor de riesgo para el edadismo interpersonal, un estudio reciente llevado a cabo en 57 países ha indicado que, conjuntamente, estos dos factores de riesgo aumentan también la probabilidad de que un país sea muy edadista o moderadamente edadista (8).

Profesión y sector laboral

Se ha descrito que el edadismo es generalizado en ciertos tipos de profesiones y sectores laborales, como los de programación informática, mercadotecnia en línea y hostelería, así como en sectores como los de nuevas tecnologías y creación de nuevas empresas (71); a este fenómeno se le llama "edadismo de Silicon Valley" (72).

Forma en la que se presenta a las personas mayores en los estudios experimentales

En los estudios experimentales que simulan contextos de vida real (por ejemplo, mediante el uso de videos, viñetas, evaluación de curriculum vitae), el modo en el que se presenta a las personas (es decir, descripción negativa o genérica como persona mayor o si se las describe con una información detallada y específica más positiva) influye

en la probabilidad de que sean objeto de actitudes edadistas.

Una presentación positiva reduce el edadismo, y una presentación negativa lo aumenta (7). En los estudios que simulan contextos de contratación laboral, el hecho de que se compare a una persona con una persona joven o con una persona mayor puede ser también un factor de riesgo. Varios estudios revelaron que los trabajadores mayores son evaluados de manera más negativa cuando el mismo evaluador valora también a trabajadores jóvenes (73-75).

Esta comparación directa podría influir en las evaluaciones de quienes sufren edadismo al crear una situación en la cual la edad pasa a ser un elemento especialmente destacado, a pesar de que todas las demás características sean iguales. Este determinante tiene posibles consecuencias en las estrategias destinadas a reducir el edadismo, en particular en lo que respecta a las intervenciones y campañas de capacitación.

El uso de una presentación óptima (por ejemplo, positiva y con suficiente información y evitando la comparación con personas jóvenes) cuando se describe a una persona mayor podría ayudar a reducir el edadismo.

4.2 DETERMINANTES DEL EDADISMO AUTOINFLINGIDO

En este apartado se presenta un análisis general de los principales determinantes del edadismo autoinflingido, como la salud mental y física, el contacto con nietos y los conocimientos acerca del envejecimiento (véase el [cuadro 4.1](#)).

4.2.1 Salud mental y física

Los pocos estudios que han explorado los factores que influyen en el edadismo autoinflingido en las personas mayores han puesto de manifiesto que los individuos con mala salud mental y física tienen mayores probabilidades de manifestar edadismo contra sí mismos (1). Esto destaca nuevamente la necesidad de invertir en políticas relativas al envejecimiento e intervenciones que permitan a las personas tener una vida más prolongada y con mejor salud.

4.2.2 Contacto con nietos

Las personas mayores que tienen un contacto positivo con sus nietos muestran una menor probabilidad de verse afectados negativamente por una amenaza de estereotipo, una forma de edadismo autoinflingido (76). La amenaza de estereotipo consiste en el temor que tiene una persona mayor de poder confirmar estereotipos negativos acerca de las personas mayores. Como consecuencia de ello, la persona mayor obtiene peores resultados en una tarea relacionada con el estereotipo, como una prueba matemática o de capacidad cognitiva.

4.2.3 Conocimientos acerca del envejecimiento

Un estudio realizado en Australia y el Reino Unido, en el que se examinó el edadismo autoinflingido, pareció indicar que los participantes que tenían un mayor conocimiento acerca del envejecimiento podrían tener percepciones más positivas acerca de su propio envejecimiento, pero los resultados no fueron concluyentes (50).

Dado que el edadismo autoinflingido parece ser generalizado y tiene efectos profundos sobre la salud y el bienestar (véase el capítulo 3), será importante ampliar nuestros

conocimientos acerca de otros determinantes de este tipo de edadismo, más allá de los dos analizados hasta ahora.

4.3 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

Se dispone de considerable evidencia respecto a los determinantes del edadismo interpersonal, tanto para las personas que actúan de manera edadista (es decir, edad, sexo, nivel de estudios, ansiedad acerca de la muerte o temor a ella, personalidad, contacto previo con personas mayores) como para las que lo sufren (es decir, edad, estado de salud y dependencia de otras personas para los cuidados). También hay evidencia respecto a los determinantes contextuales del edadismo (es decir, la proporción de personas mayores de un país, la esperanza de vida sana de un país y determinadas profesiones y sectores laborales).

Se dispone de una evidencia limitada respecto a los determinantes del edadismo dirigido autoinflingido (es decir, salud mental y física y contacto con nietos). Las estrategias para reducir el edadismo tienen poca probabilidad de dar resultado a menos que aborden determinantes que: a) se haya demostrado que son las principales causas del edadismo y b) sean modificables (véase el recuadro 4.2).

Se describen a continuación las prioridades futuras para comprender los determinantes del edadismo.

- Deben abordarse las lagunas en la investigación actual en relación con los determinantes del edadismo interpersonal, para los que actualmente no se dispone de evidencia o esta no es concluyente. Entre ellos se

encuentran la posición socioeconómica y la existencia de un sistema de bienestar social. También deben investigarse los determinantes del edadismo autoinflingido y del edadismo institucional, para los cuales se dispone de poca evidencia. Es esencial que se realicen estudios sobre los determinantes de todas las formas de edadismo en los diversos países, incluidos los de ingresos bajos y medianos, con objeto de determinar si hay diferencias entre distintas culturas y contextos. Es igualmente importante que se realicen estudios para evaluar la importancia relativa y el carácter causal de diferentes determinantes del edadismo (véase el recuadro 4.2).

- Nuestro mejor conocimiento de los determinantes del edadismo deberá usarse para informar las teorías del cambio y las teorías programáticas que subyacen en la elaboración de las estrategias destinadas a reducir el edadismo.

Recuadro 4.2

Oportunidades de investigación sobre los determinantes del edadismo contra las personas mayores

La revisión sistemática acerca de los determinantes del edadismo contra las personas mayores (1), en la que se basa gran parte de este capítulo, constituye un avance importante en los esfuerzos de investigación destinados a intentar establecer los determinantes del edadismo. Esta revisión, para la que se siguieron las directrices PRISMA (77), se basó en búsquedas realizadas en 14 bases de datos; incluyó unos 200 artículos en inglés, francés y español, en los que se establecían 14 determinantes del edadismo clasificados en una estructura de varios niveles; y evaluó cuidadosamente la calidad de los estudios incluidos.

Sin embargo, esta revisión sistemática puso de manifiesto varias limitaciones en los estudios examinados. La mitad de los estudios fueron considerados de calidad media. Otra limitación fue que, debido a la heterogeneidad de los factores de riesgo evaluados en los estudios, no fue posible aplicar técnicas metanalíticas que habrían aportado información acerca de la fuerza de la asociación entre cada factor de riesgo y el edadismo y, por consiguiente, una cierta idea de su importancia relativa.

La investigación futura deberá contemplar el uso de definiciones y parámetros de medida de los factores de riesgo más estandarizados, para aumentar la comparabilidad y permitir la realización de metanálisis (1).

Otra limitación que se deberá abordar en futuros estudios fue la de que la mayoría de los estudios se basaron en correlaciones, por lo que no fue posible evaluar el carácter causal de los determinantes. El diseño de intervenciones para abordar factores de riesgo que no tienen una relación causal con el edadismo aumenta la probabilidad de que las intervenciones no den resultado (78, 79).

REFERENCIAS

1. Marques S, Mariano J, Mendonca J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>.
2. Krieger N, Zierler S. What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*. 1996;7(1):107–9. <https://doi.org/10.1097/00001648-199601000-00020>.
3. Pearce N, Vandembroucke JP. Educational note: types of causes. *Int J Epidemiol*. 2020;49(2):676–85. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz229>.
4. Weed DL. Theory and practice in epidemiology. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;954(1):52–62. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb02746.x>.
5. Breuer E, Lee L, De Silva M, Lund C. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. *Implement Sci*. 2015;11(1):63. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0422-6>.
6. De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, et al. Theory of change: a theory driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*. 2014;15(1):267. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-267>.
7. Donaldson SI. Mediator and moderator analysis in program development. In: Sussman S, editor. *Handbook of program development for health behavior research and practice*. Thousand Oaks (CA); Sage 2001:470–96.
8. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, de la Fuente-Núñez V. Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3159. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>.
9. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): an attempt at a more precise measure of ageism. *Can J Aging*. 1990;9(1):56–66. <https://doi.org/10.1017/S0714980800016093>.
10. North MS, Fiske ST. A prescriptive intergenerational-tension ageism scale: succession, identity, and consumption (SIC). *Psychol Assess*. 2013;25(3):706–13. <https://doi.org/10.1037/a0032367>.
11. Rupp DE, Vodanovich SJ, Crede M. Age bias in the workplace: the impact of ageism and causal attributions. *J Appl Soc Psychol*. 2006;36(6):1337–64. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00062.x>.
12. Lockenhoff CE, De Fruyt F, Terracciano A, McCrae RR, De Bolle M, Costa PT Jr., et al. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychol Aging*. 2009;24(4):941–54. <https://doi.org/10.1037/a0016901>.
13. Bodner E, Bergman YS, Cohen-Fridel S. Different dimensions of ageist attitudes among men and women: a multigenerational perspective. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(6):895–901. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002936>.
14. Kite ME, Stockdale GD, Whitley BE, Johnson BT. Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *J Soc Issues*. 2005;61(2):241–66. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x>.
15. Chopik WJ, Giasson HL. Age differences in explicit and implicit age attitudes across the life span. *Gerontologist*. 2017;57(Suppl. 2):S169–77. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx058>.
16. Kite ME, Wagner LS. Attitudes toward older adults. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61.
17. Thorson JA, Whatley L, Hancock K. Attitudes toward the aged as a function of age and education. *Gerontologist*. 1974;14(4):316–8. <https://doi.org/10.1093/geront/14.4.316>.

18. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift H. Ageism in Europe: findings from the European Social Survey. London: Age UK; 2011.
19. Liu YE, Norman IJ, While AE. Nurses' attitudes towards older people: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1271–82. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021>.
20. Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Educ Today*. 2001;21(3):225–9. <https://doi.org/10.1054/nedt.2000.0546>.
21. Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Educ Today*. 2009;29(6):617–22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.01.011>.
22. Leung S, Logiudice D, Schwarz J, Brand C. Hospital doctors' attitudes towards older people. *Intern Med J*. 2011;41(4):308–14. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02140.x>.
23. Kane MN. Social work students' perceptions about incompetence in elders. *J Gerontol Soc Work*. 2006;47(3–4):153–71. https://doi.org/10.1300/J083v47n03_10.
24. Martens A, Goldenberg JL, Greenberg J. A terror management perspective on ageism. *J Soc Issues*. 2005;61(2):223–39. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x>.
25. Drury L, Abrams D, Swift HJ. Making intergenerational connections – an evidence review. London: Age UK; 2017 ([https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For_professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections_Evidence_Review\(2017\).pdf?dtrk=true](https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For_professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections_Evidence_Review(2017).pdf?dtrk=true), accessed 13 October 2020).
26. Christian J, Turner R, Holt N, Larkin M, Cotler JH. Does intergenerational contact reduce ageism: when and how contact interventions actually work? *J Arts Humanit*. 2014;3(1):1–15.
27. Van Dussen DJ, Weaver RR. Undergraduate students' perceptions and behaviors related to the aged and to aging processes. *Educ Gerontol*. 2009;35(4):342–57. <https://doi.org/10.1080/03601270802612255>.
28. Dykstra PA, Fleischmann M. Are societies with a high value on the Active Ageing Index more age integrated? In: Zaidi A, Harper S, Howse K, Lamura G, Perek-Bialas J, editors. *Building evidence for active ageing policies*. Singapore: Springer; 2018:19–37.
29. Abrams D, Vauclair CM, Swift H. Predictors of attitudes to age across Europe. London: Department of Work and Pensions; 2011 (Research Report No 735; https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214509/rrep735.pdf, accessed 13 October 2020).
30. Allport GW. *The nature of prejudice*. Oxford: Addison-Wesley; 1954.
31. Dovidio JF, Gaertner SL. Reducing prejudice: combating intergroup biases. *Curr Dir Psychol Sci*. 1999;8(4):101–5. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00024>.
32. Bergman YS, Bodner E. Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(9):1541–50. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000198>.
33. Burke BL, Martens A, Faucher EH. Two decades of terror management theory: a meta-analysis of mortality salience research. *Pers Soc Psychol Rev*. 2010;14(2):155–95. <https://doi.org/10.1177/1088868309352321>.
34. Stephan WG, Stephan CW. Intergroup threat theory. In: Kim Y, editor. *The international encyclopedia of intercultural communication*, Vol. 3. Hoboken (NJ): Wiley; 2017:1–12.
35. Tajfel H, Turner J. An integrative theory of intergroup conflict. In: Hogg MA, Abrams D, editors. *Intergroup relations: essential readings*. Philadelphia (PA): Psychology Press; 2001:94–109.
36. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol*. 2009;60:339–67. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>.
37. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol*. 2006;90(5):751–83. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>.
38. Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol*. 2008;38(6):922–34. <https://doi.org/10.1002/ejsp.504>.
39. Levy B. Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(6):332–6. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>.
40. Levy BR, Hausdorff JM, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(4):P205–13. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.p205>.
41. Fawsitt F, Setti A. Extending the stereotype embodiment model: a targeted review. *Transl Issues Psychol Sci*. 2017;3(4):357.
42. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol*. 2008;35(1):1–14. <https://doi.org/10.1080/03601270802299780>.
43. Barnett MD, Adams CM. Ageism and aging anxiety among young adults: relationships with contact, knowledge, fear of death, and optimism. *Educ Gerontol*. 2018;44(11):693–700. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1537163>.
44. Boswell SS. Predicting trainee ageism using knowledge, anxiety, compassion, and contact with older adults. *Educ Gerontol*. 2012;38(11):733–41. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.695997>.
45. Cherry KE, Brigman S, Lyon BA, Blanchard B, Walker EJ, Smitherman EA. Self-reported ageism across the lifespan: role of aging knowledge. *Int J Aging Hum Dev*. 2016;83(4):366–80. <https://doi.org/10.1177/0091415016657562>.
46. Chung S, Park H. How young and older people differ in discriminatory behaviour towards older people? An explanation of the knowledge–attitude–behaviour continuum model. *Ageing Soc*. 2019;39(9):1996–2017. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000405>.
47. Cooney C, Minahan J, Siedlecki KL. Do feelings and knowledge about aging predict ageism? *J Appl Gerontol*. 2020:0733464819897526. <https://doi.org/10.1177/0733464819897526>.
48. Donizzetti AR. Ageism in an aging society: the role of knowledge, anxiety about aging, and stereotypes in young people and adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8):1329. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081329>.
49. Even-Zohar A, Werner S. The effect of educational interventions on willingness to work with older adults: a comparison of students of social work and health professions. *J Gerontol Soc Work*. 2020;63(1–2):114–32. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1712511>.
50. Getting L, Fethney J, McKee K, Churchward M, Goff M, Matthews S. Knowledge, stereotyping and attitudes towards self ageing. *Australas J Ageing*. 2002;21(2):74–9. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2002.tb00421.x>.
51. Gewirtz-Meydan A, Even-Zohar A, Werner S. Examining the attitudes and knowledge of social work and nursing students on later-life sexuality. *Can J Aging*. 2018;37(4):377–89. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000260>.
52. Goriup J, Lahe D. The role of education and knowledge about aging in creating young people's attitudes to the elderly. *Acta Educ Gen*. 2018;8(1):63–75. <https://doi.org/10.2478/atd-2018-0004>.

53. Kurth ML, Intrieri RC. Attitudes, perceptions, and aging knowledge of future law enforcement and recreation majors. *Educ Gerontol.* 2017;43(6):313–26. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1296297>.
54. Lahe D, Goriup J. The role of knowledge about aging in creating young people's attitudes to the elderly. *Solsko Polje.* 2017;28(1/2):115–130.
55. Milutinovic D, Simin D, Kacavendic J, Turkulov V. Knowledge and attitudes of health care science students toward older people. *Med Pregl.* 2015;68:382–6. [doi/10.2298/MPNS1512382M](https://doi.org/10.2298/MPNS1512382M).
56. Rababa M, Hammouri AM, Hweidi IM, Ellis JL. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2020;22(3):593–601. <https://doi.org/10.1111/nhs.12701>.
57. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L, Brodsky J, Doron I. Measuring ageism based on knowledge, attitudes and behavior: findings from an Israeli pilot study. *Ageing Int.* 2016;41(3):298–310. <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9251-9>.
58. Stahl ST, Metzger A. College students' ageist behavior: the role of aging knowledge and perceived vulnerability to disease. *Gerontol Geriatr Educ.* 2013;34(2):197–211. <https://doi.org/10.1080/02701960.2012.718009>.
59. Wisdom NM, Connor DR, Hogan LR, Callahan JL. The relationship of anxiety and beliefs toward aging in ageism. *J Sci Psychol.* 2014;10–21.
60. Cottle NR, Glover RJ. Combating ageism: change in student knowledge and attitudes regarding aging. *Educ Gerontol.* 2007;33(6):501–12. <https://doi.org/10.1080/03601270701328318>.
61. Boswell SS. "Old people are cranky": helping professional trainees' knowledge, attitudes, aging anxiety, and interest in working with older adults. *Educ Gerontol.* 2012;38(7):465–72. <https://doi.org/10.1080/03601277.2011.559864>.
62. Intrieri RC, Kurth ML. Racial differences in attitudes toward aging, aging knowledge, and contact. *Educ Gerontol.* 2018;44(1):40–53. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1388962>.
63. Narayan C. Is there a double standard of aging? Older men and women and ageism. *Educ Gerontol.* 2008;34(9):782–7. <https://doi.org/10.1080/03601270802042123>.
64. Stuart-Hamilton I, Mahoney B. The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educ Gerontol.* 2003;29(3):251–60. <https://doi.org/10.1080/713844305>.
65. Cowan DT, Fitzpatrick JM, Roberts JD, While AE. Measuring the knowledge and attitudes of health care staff toward older people: sensitivity of measurement instruments. *Educ Gerontol.* 2004;30(3):237–54. <https://doi.org/10.1080/03601270490273169>.
66. Gekoski WL, Knox VJ. Ageism or healthism? Perceptions based on age and health status. *J Aging Health.* 1990;2(1):15–27. <https://doi.org/10.1177/2F089826439000200102>.
67. James JW, Haley WE. Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychol Aging.* 1995;10(4):610–6. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.10.4.610>. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.4.610>.
68. Ng R, Allore HG, Trentalange M, Monin JK, Levy BR. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. *PLOS ONE.* 2015;10(2):e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>.
69. North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychol Bull.* 2015;141(5):993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>.
70. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 13 October 2020).
71. Gaster L. Past it at 40? A grassroots view of ageism and discrimination in employment. Bristol (England): Policy Press; 2002.
72. Kuchler H. Silicon Valley ageism: 'They were, like, wow, you use Twitter?'. *Financial Times.* 30 July 2017 (<https://www.ft.com/content/d54b6fb4-624c-11e7-91a7-502f7ee26895>, accessed 13 October 2020).
73. Finkelstein LM, Burke MJ, Raju NS. Age-discrimination in simulated employment contexts – an integrative analysis. *J Appl Psychol.* 1995;80(6):652–63. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.80.6.652>.
74. Gordon RA, Arvey RD. Age bias in laboratory and field settings: a meta-analytic investigation. *J Appl Soc Psychol.* 2004;34(3):468–92. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02557.x>.
75. Bal AC, Reiss AE, Rudolph CW, Baltes BB. Examining positive and negative perceptions of older workers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011;66(6):687–98. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>.
76. Abrams D, Crisp RJ, Marques S, Fagg E, Bedford L, Provias D. Threat inoculation: experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychol Aging.* 2008;23(4):934–9. <https://doi.org/10.1037/a0014293>.
77. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Med.* 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
78. Case S, Haines K. Risky business? The risk in risk factor research. *Crim Justice Matters.* 2010;80(1):20–2. <https://doi.org/10.1080/09627251.2010.482234>.
79. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(4):337–43. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>.

05

ESCALA, EFECTOS Y DETERMINANTES DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS JÓVENES

MRIDUL, 29,
INDIA

“ Como joven, he pasado a ser simplemente una unidad más del “dividendo demográfico”, es decir, un problema a resolver, sin que importe para nada mi compromiso político y social. Como joven, si quiero hacer algo por la sociedad, las personas que ya están ganando mucho dinero me sugieren “voluntariado y aprendizaje”, a pesar de que yo ya lleve más de una década haciendo eso. Con cada dólar que me dan, me entregan también nuevas normas de responsabilidad y transparencia de manera formal o informal, como si ser joven significara ser incompetente, descuidado o corrupto. ”

Mridul, 29, India

©Mridul Upadhyay / Grupo Principal de la Infancia y la Juventud de las Naciones Unidas

Es poco lo que se sabe acerca del edadismo contra las personas jóvenes (personas menores de 50 años), y la mayor parte de la evidencia disponible se centra en su prevalencia y manifestaciones.

El edadismo contra las personas jóvenes se da en instituciones como los lugares de trabajo y los sistemas legales y políticos, y en Europa parece ser más prevalente que el edadismo contra las personas mayores.

La repercusión del edadismo contra las personas jóvenes es un tema que todavía no se conoce bien.

Entre los determinantes principales del edadismo contra las personas jóvenes se encuentran ciertos rasgos de la personalidad, el contacto con personas de otros grupos etarios, el estado de salud y de dependencia de otros en cuanto a los cuidados, y ciertas profesiones y sectores laborales.

5.1 ESCALA DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS JÓVENES

El edadismo contra las personas jóvenes se manifiesta en toda una gama de instituciones, entre las que se encuentran los lugares de trabajo y los sistemas legales y políticos. Además, cada vez hay más evidencia de estudios poblacionales indicativa de un edadismo interpersonal dirigido contra las personas jóvenes, lo que sugiere que, en Europa, puede tener una prevalencia superior a la del edadismo interpersonal dirigido contra las personas mayores. No disponemos de evidencia relativa a la escala del edadismo autoinflingido en las personas jóvenes.

5.1.1 Edadismo institucional

Edadismo en el lugar de trabajo

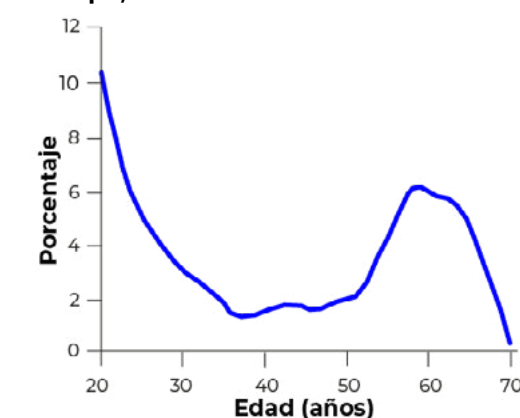
Aunque no se ha presentado ninguna revisión que haya evaluado de manera sistemática el modo en el que el edadismo afecta a las personas jóvenes en el lugar de trabajo, una revisión reciente de su alcance

reveló que cada vez hay más evidencia que indica que el edadismo contra este grupo etario se manifiesta de manera más intensa una vez que estas personas tienen un empleo, sobre todo en lo que respecta a la remuneración y los beneficios laborales (1). Esto se da en mayor medida en las mujeres jóvenes en comparación con los hombres jóvenes, por lo que hay una intersección entre el edadismo y el sexismo. Por otra parte, los trabajadores jóvenes indican que no se sienten valorados, se ven afectados por estereotipos etarios negativos y por comentarios despectivos, y generalmente se les percibe como incompetentes por su aspecto joven (1). Los datos de la Encuesta Europea de Condiciones Laborales del 2015, en la que se incluyó a casi 44.000 trabajadores de 35 países, mostraron que, en las personas empleadas, la discriminación por razones de edad alcanzaba un máximo a la edad de 20 años y nuevamente a la edad de 59 años (véase la [figura 5.1](#)) (2).

El edadismo puede llevar a que las personas jóvenes queden desempleadas. En un estudio realizado en Australia entre el 2002 y el 2005, en el que se examinaron las circunstancias que condujeron a la pérdida del empleo de 1259 trabajadores de entre 15 y 24 años, se observó que en alrededor de un 8% de los casos ello se debió a una discriminación por razones de edad (3).

Se necesitan más investigaciones para examinar el edadismo contra las personas jóvenes en el proceso de contratación, para determinar si se debe a la edad del candidato o a otros factores como las cualificaciones y la experiencia laboral, la adecuación del solicitante al puesto de trabajo, el nivel del cargo o el contexto laboral (por ejemplo, dinámico o estable) (1).

Figura 5.1. Porcentaje de empleados que han sufrido discriminación por razones de edad durante los últimos 12 meses, Europa, 2015



Fuente: reproducido con permiso de Mullan et al. (2).

Edadismo en el sistema legal

En una revisión del alcance de los estudios sobre el edadismo contra las personas jóvenes se observó que los delitos cometidos por personas jóvenes provocaban mayor enfado, eran percibidos como transgresiones más graves y eran considerados merecedores de un castigo más grave que los cometidos por personas mayores. Los resultados son contradictorios en lo que respecta a la edad de la víctima del delito, de tal manera que algunos estudios muestran que las transgresiones fueron consideradas más graves y se recomendó para ellas un castigo más grave cuando la víctima era una persona mayor y en otros estudios no se observó efecto alguno de la edad (1). Un estudio realizado en Estados Unidos mostró que los empleadores tenían una mayor probabilidad de ganar un caso en los tribunales cuando el empleado era una persona joven en comparación con lo que ocurría cuando se trataba de una persona mayor (4).

Edadismo y política

Hay un número cada vez mayor de estudios que han explorado también el modo en el

En este capítulo se examinan los conocimientos actuales acerca del edadismo contra las personas jóvenes, es decir, las que son menores de 50 años. En el apartado 5.1 se aborda la evidencia disponible sobre la escala del edadismo contra las personas jóvenes; en el apartado 5.2, se analizan sus efectos; y en el apartado 5.3 se examinan los determinantes del edadismo contra las personas jóvenes.

que el edadismo se manifiesta en la política. Estos estudios indican que hay una tendencia a dudar, negar o desatender las voces de los jóvenes y los niños; regular sus identidades; y limitar en general sus acciones en los movimientos políticos y de promoción de causas (1), por ejemplo, rechazando sus aportaciones en las discusiones políticas o planteando dudas acerca de la autenticidad de las perspectivas de los organizadores jóvenes.

El edadismo hacia las personas jóvenes en la política interactúa con el sexismo y el racismo. En un estudio se examinaron las experiencias de mujeres jóvenes activistas laborales que participaban en programas de juventud y se observó que había una intersección de la edad de las mujeres con su género y con su identidad racial en la creación de desventajas sistémicas y experiencias desfavorables (5).

Otro estudio reveló que las mujeres jóvenes activistas de Egipto enfrentaban a menudo limitaciones a causa de su edad y género, a la hora de ocupar cargos políticos o participar en instituciones formales (6).

En estudios de simulación de elecciones municipales se observó que la edad del candidato político tenía una influencia en la intención de voto que era superior a la del sexo, el género o la raza, de tal manera que se prefería a candidatos de mediana edad en vez de a candidatos jóvenes (7, 8).

Las personas de mediana edad, en especial los hombres, son los que tienen mayor estatus, mayores medios económicos y mayor poder, según han indicado los estudios en los que se ha examinado el estatus y el poder otorgado a las personas por su edad. Las personas jóvenes son percibidas como las de menor estatus, menores medios económicos y menor poder (1).

Otras instituciones

Es poca la investigación que se ha realizado sobre la posibilidad de que el edadismo contra las personas jóvenes se manifieste en otras instituciones, como la atención de salud, los medios de comunicación y las instituciones financieras, y la forma en que ello puede producirse. En lo que respecta a la discriminación en la vivienda, un informe del 2002 en Canadá observó que los solicitantes jóvenes eran rechazados a veces por los propietarios por ser demasiado jóvenes para vivir solos (9).

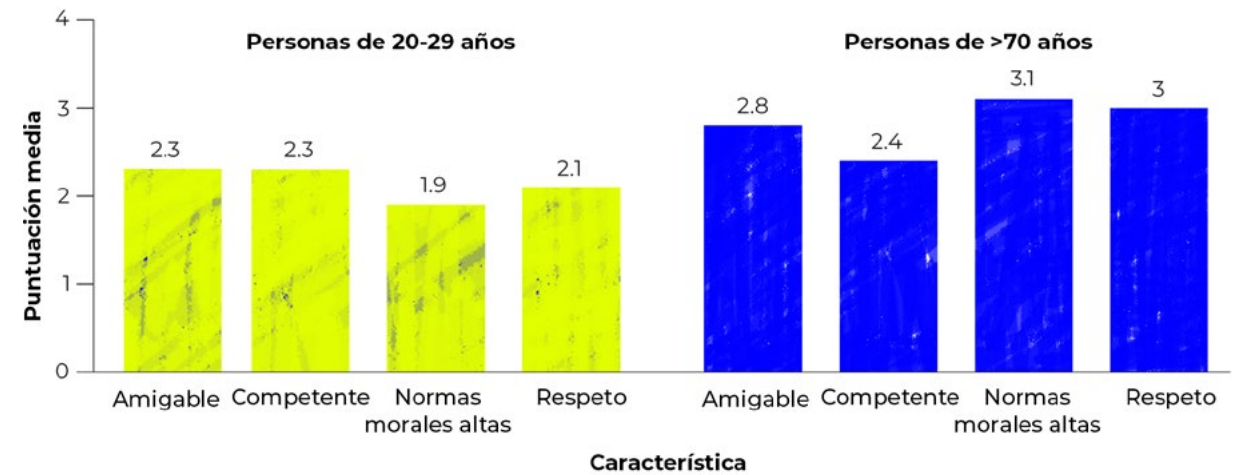
5.1.2 Edadismo interpersonal

Actitudes edadistas contra las personas jóvenes

Aunque no hay datos mundiales de distintos países que permitan realizar comparaciones entre ellos en lo que respecta a las actitudes edadistas contra las personas jóvenes, parece haber una tendencia general a manifestar sentimientos menos positivos hacia las personas jóvenes que hacia las mayores (10, 11).

En un análisis basado en la cuarta ronda de la Encuesta Social Europea (2008-2009), en la que se incluyó una muestra representativa formada por alrededor de 55.000 participantes de edad igual o superior a 15 años de 28 países europeos, a las personas jóvenes se les asignaron puntuaciones inferiores a las de las personas mayores en una amplia gama de estereotipos positivos (10). Como se muestra en la figura 5.2, a las personas de entre 20 y 30 años se les asignaron puntuaciones inferiores en las cuatro características examinadas en la encuesta, que incluían ser amigable, ser competente, ser considerado con respeto y tener normas morales elevadas.

Figura 5.2. Probabilidad de que la mayoría de las personas consideren que las personas de 20 a 29 años y las personas de más de 70 años tienen determinadas características (puntuaciones medias en los diversos países de la Encuesta Social Europea, 2008–2009; escala de 0 [nada en absoluto] a 4 [muy probable])



Fuente: reproducido con permiso de Abrams et al. (10).

Experiencias descritas de edadismo interpersonal

En la Encuesta Social Europea (2008-2009), las personas de 15 a 24 años fueron las que declararon haber sufrido un trato más injusto a causa de su edad: un 55% de ellas consideraban que alguien les había faltado el respeto o las había tratado mal (véase la figura 5.3). Además, como las personas de los demás grupos etarios, las personas de 15 a 24 años declararon haber sufrido mayor discriminación por razones de edad que por razones de género, raza u origen étnico (véase la figura 2.4) (10).

Así pues, la evidencia disponible respecto al edadismo institucional e interpersonal dirigido contra las personas jóvenes está limitada a la Región de Europa de la OMS. No contamos con evidencia sobre la escala del edadismo autoinflingido en las personas jóvenes.

5.2 EFECTOS DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS JÓVENES

La evidencia disponible respecto a los efectos del edadismo contra las personas jóvenes es extremadamente limitada (tan solo se encontraron diez estudios) y ha producido resultados dispares (1).

El edadismo puede afectar a la salud cuando interactúa con otros "-ismos". Un estudio realizado en Brasil, en el que se investigó el efecto de diferentes formas de discriminación sobre los trastornos mentales, mostró que el edadismo no se asociaba de por sí con los trastornos mentales, pero sí mostraba una asociación cuando se producía de manera conjunta con el racismo, el clasismo o ambos (12).

La evidencia disponible sugiere que el edadismo tiene un efecto limitado en el bienestar y la autoestima de las personas jóvenes. Un estudio realizado en una muestra amplia de personas europeas reveló que percibían que la discriminación por razones de edad tenía su máximo efecto en la felicidad de las personas y la satisfacción con la vida entre las edades de 40 y 70 años, mientras que la menor repercusión se daba en las edades comprendidas entre 20 y 30 años o de 70 años o más (13). Estos resultados se vieron respaldados por los de otro estudio en el que se observó que la discriminación por razones de edad no tenía efecto alguno en el bienestar de las personas jóvenes (14).

Otros dos estudios indicaron que el edadismo tenía un efecto limitado en las personas jóvenes. El primero de ellos indicó que cuanto más conscientes eran los trabajadores jóvenes de que se les aplicaban estereotipos, peor era su estado de ánimo y menos satisfechos estaban con los demás trabajadores mayores (15). El segundo llegó a la conclusión de que los comportamientos de comunicación sesgados en cuanto a la edad tenían una repercusión negativa tan solo leve en la autoestima o la satisfacción con la vida en las personas jóvenes, en comparación con las personas mayores. Sin embargo, cuando se percibía que las personas mayores adaptaban su estilo de lenguaje a las personas jóvenes, el sentimiento de autoestima colectiva de estas últimas aumentaba (16).

Los resultados obtenidos en cuanto al efecto del edadismo en la función cognitiva son dispares. En dos estudios se examinó el efecto de la exposición de las personas jóvenes a los estereotipos etarios negativos sobre su función cognitiva. Uno de ellos mostró que había un efecto negativo (17) y en el otro se observó un efecto positivo, pero solo cuando las personas jóvenes se vieron a sí mismas bajo el control de personas poderosas; en otro caso, no hubo efecto alguno (18).

En lo que respecta al lugar de trabajo, los estudios realizados indican que la discriminación por edad percibida reduce el compromiso de las personas jóvenes y de las personas mayores con la organización (19, 20). Un estudio cualitativo reveló también que el edadismo afectaba a la identidad laboral de las trabajadoras jóvenes y las llevaba a presentarse a sí mismas conscientemente como más mayores y menos femeninas en su forma de vestir, hablar y comportarse (21).

Aunque este conjunto limitado de evidencia ha identificado algunos efectos negativos del edadismo contra las personas jóvenes, los resultados obtenidos son débiles y poco uniformes. Además, los efectos importantes identificados en el caso del edadismo contra las personas mayores (como los efectos graves económicos y para la salud) continúan en gran parte sin haber sido explorados en las personas jóvenes.

5.3 DETERMINANTES DEL EDADISMO CONTRA LAS PERSONAS JÓVENES

En la bibliografía se han identificado diferentes características individuales asociadas al hecho de manifestar edadismo o sufrirlo, así como una serie de determinantes contextuales del edadismo contra las personas jóvenes (1).

5.3.1 Características individuales asociadas al hecho de ser una persona que manifiesta edadismo

Hay varias características individuales que pueden asociarse con el hecho de que una persona llegue a manifestar edadismo contra las personas jóvenes, entre ellas el sexo o género, la edad, la carencia de amistades

intergeneracionales y determinados rasgos de la personalidad (véase el cuadro 5.1).

Los resultados relativos al sexo o género como determinante de que una persona manifieste edadismo contra las personas jóvenes son dispares. Algunos estudios indican que las mujeres podrían ser menos edadistas contra las personas jóvenes de lo que lo son los hombres, mientras que en otros estudios no se observaron diferencias (11, 22-24).

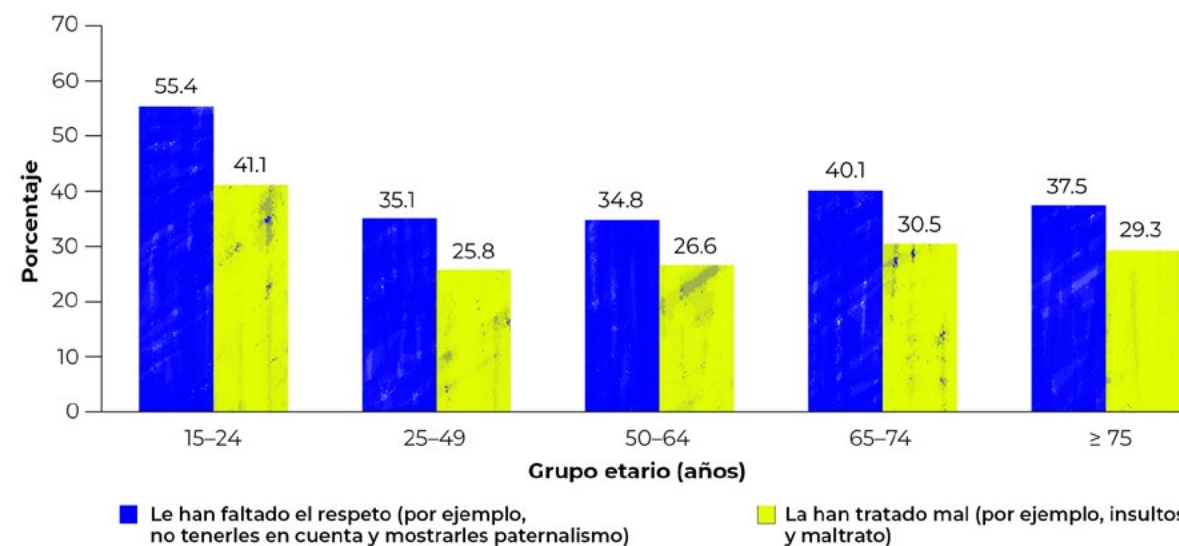
La situación general tampoco está clara respecto a si la edad menor o mayor supone un riesgo de manifestar edadismo contra las personas jóvenes (1). Por ejemplo, en un estudio sobre la inspección visual de las caras, las personas mayores pasaron más tiempo examinando las caras de las personas de su propia edad que las caras de las personas de otras edades, y lo mismo ocurrió con las personas jóvenes (25).

Otros estudios indican que las personas jóvenes pueden mostrar a veces actitudes más edadistas en contra de las personas de su propia edad que las de otros grupos etarios (26, 27).

El rasgo de personalidad de amabilidad se asocia con actitudes menos edadistas respecto a las personas jóvenes (26). Sin embargo, la responsabilidad parece predecir un mayor edadismo respecto a la labor de los trabajadores jóvenes (28).

En un estudio realizado en 25 países de la Unión Europea se observó que las personas mayores que indicaban tener amistades intergeneracionales tendían a ser menos edadistas contra las personas jóvenes que las que no indicaban tener este tipo de amistades. Sin embargo, las personas mayores mostraron un edadismo contra las personas jóvenes aún mayor que

Figura 5.3. Porcentaje de personas de los países de la Encuesta Social Europea (2008–2009) que consideran que alguien les ha faltado el respeto o les ha tratado mal a causa de su edad, por franjas etarias (se incluye tan solo a las personas que no puntuaron su experiencia como 0 en una escala de 0 [no ha sufrido nunca un trato así] a 4 [lo ha sufrido con mucha frecuencia])



Fuente: reproducido con permiso de Abrams et al. (10).

Cuadro 5.1. Determinantes del edadismo contra las personas jóvenes

		TIPO DE DETERMINANTE	TIPO DE ASOCIACIÓN		
EDADISMO INTERPERSONAL	DETERMINANTES A NIVEL INDIVIDUAL	Sexo	Poco clara		
		Edad	Poco clara		
		Rasgos de la personalidad	Amabilidad Responsabilidad	Menor edadismo (factor protector) Más edadismo en el lugar de trabajo (factor de riesgo)	
		Contacto con otros grupos etarios, incluido el contacto entre abuelos y nietos y la amistad intergeneracional	Más amistades intergeneracionales	Menor edadismo (factor protector)	
	DETERMINANTES CONTEXTUALES	PERSONA QUE SUFRE EL EDADISMO	Sexo	Femenino	Más edadismo (en algunos contextos profesionales) (factor de riesgo)
			Estado de salud y dependencia en cuanto a cuidados	Peor salud	Mayor edadismo (factor de riesgo)
			Profesión y sector laboral	Algunas profesiones y sectores laborales (por ejemplo, enseñanza)	Mayor edadismo (factor de riesgo)
			Forma en la que se presenta a las personas jóvenes en los estudios experimentales que simulan los entornos de vida real	Información más detallada acerca de la persona joven	Menor edadismo (factor protector)

el que tenían las personas con amistades intergeneracionales contra las personas mayores (29).

5.3.2 Características individuales asociadas con el hecho de ser objeto del edadismo

La evidencia disponible respecto a las características individuales que pueden asociarse al

hecho de ser objeto del edadismo es limitada.

Hay evidencia que indica que, en determinadas profesiones, el sexo femenino puede aumentar la probabilidad de sufrir edadismo contra las personas jóvenes. Por ejemplo, un estudio reveló que los estudiantes tenían expectativas inferiores acerca del desempeño de las profesoras jóvenes y poco atractivas en comparación con las que tenían respecto a profesores varones

jóvenes y poco atractivos o respecto a profesores de otras edades (30).

En un estudio se observó también que el hecho de tener mala salud o ser dependiente en cuanto a los cuidados constituye un factor de riesgo para las percepciones negativas de las personas jóvenes (31).

5.3.3 Determinantes contextuales del edadismo interpersonal

Se ha identificado que la profesión y el sector laboral son un posible determinante contextual del edadismo interpersonal. En algunas profesiones, hay una evidencia limitada que indica la existencia de edadismo contra las personas jóvenes. Por ejemplo, en un estudio experimental, los participantes mostraron una preferencia por contratar a un candidato de mediana edad en vez de a un candidato joven para un empleo de guía turístico, a pesar de que ambos candidatos tenían las mismas cualificaciones (32). Otro estudio sugiere que a los profesores jóvenes se les aplican unos criterios de competencia profesional superiores a los que se usan para los profesores mayores (30).

También se ha descrito que la cantidad de información suministrada acerca de una persona joven es un posible determinante contextual del edadismo. En estudios experimentales que simulan contextos de la vida real, cuanto más información se presenta acerca de una persona joven, menos probable es que sea objeto de edadismo (30, 33-35).

5.3.4 Edadismo institucional y edadismo autoinfligido

No hay evidencia sobre los determinantes del edadismo institucional contra las personas jóvenes, ni tampoco acerca de los

determinantes del edadismo autoinfligido en las personas jóvenes.

5.4 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

Es demasiado poco lo que se sabe acerca de la escala, los efectos y los determinantes del edadismo contra las personas jóvenes. Sin embargo, hay evidencia que indica que se da en el lugar de trabajo y en los sistemas legales y políticos. En Europa, que es la única región para la que se dispone de datos, las actitudes hacia las personas jóvenes son a menudo más negativas que las existentes respecto a las personas mayores; y las personas jóvenes afirman haber sufrido mayor discriminación por la edad que otros grupos etarios.

Los efectos del edadismo contra las personas jóvenes, en particular el efecto acumulado a lo largo del curso de vida, no se conoce bien. Los determinantes principales del edadismo contra las personas jóvenes son los rasgos de la personalidad de amabilidad (factor protector) y responsabilidad (factor de riesgo), el contacto con otros grupos etarios (factor protector), la dependencia del cuidado o la mala salud (factores de riesgo) y el trabajo en ciertas profesiones o sectores laborales (factores de riesgo). Las prioridades futuras para aumentar nuestro conocimiento sobre el edadismo contra las personas jóvenes deben incluir lo siguiente:

- realizar un seguimiento del edadismo en diversos entornos institucionales, como el lugar de trabajo y las instituciones legales y políticas;
- mejorar nuestros conocimientos acerca de todos los aspectos del problema (su escala, efectos y

determinantes) en especial en los países de ingresos bajos y medianos, en los que actualmente casi no hay investigación y las personas jóvenes constituyen a menudo la mayor parte de la población (véase el recuadro 5.1);

- conseguir que nuestro mejor conocimiento de la escala, los efectos y los determinantes del edadismo contra las personas jóvenes informe las estrategias que se adoptan para abordar el edadismo contra las personas jóvenes.

Recuadro 5.1

Oportunidades de investigación sobre el edadismo contra las personas jóvenes

Los resultados acerca del edadismo contra las personas jóvenes se basan principalmente en una revisión del alcance de los estudios publicados en esta área que se encargó para este informe (1). En esa revisión se utilizó una estrategia de búsqueda exhaustiva que se llevó a cabo en 13 bases de datos diferentes y en tres idiomas (español, francés e inglés). Se incluyeron en ella 263 estudios cuantitativos y cualitativos, y ofreció el primer trabajo sistemático de recopilación de la evidencia acerca del edadismo contra las personas jóvenes, definidas como las de edad inferior a 50 años. La revisión del alcance de los estudios publicados se complementó con una valoración de la calidad de la evidencia relativa al impacto y los determinantes del edadismo contra las personas jóvenes.

Una de las limitaciones identificada en los estudios fue que muchos de ellos eran de carácter transversal. Esto dificulta que se pueda establecer si las asociaciones halladas (entre el edadismo y sus efectos, por un lado, y los determinantes y el edadismo, por el otro) son realmente causales. Otra limitación es la relativa a la terminología poco uniforme utilizada para referirse al edadismo contra las personas jóvenes (por ejemplo, adultismo, infantilismo), que hace que la comparabilidad entre distintos estudios sea complicada.

La investigación futura deberá explorar los determinantes y la prevalencia del edadismo contra las personas jóvenes en los países de ingresos altos, medianos y bajos, incluido el edadismo institucional, el interpersonal y el dirigido autoinfligido. Es sumamente importante investigar el efecto del edadismo en las personas jóvenes, incluidas sus repercusiones económicas y de salud, tanto a corto plazo como de forma acumulada a lo largo del curso de vida. Si el edadismo contra las personas jóvenes resulta ser generalizado pero tiene una repercusión limitada, tal vez abordarlo sea menos prioritario que reducir el edadismo contra las personas mayores. No obstante, es posible que, de forma acumulada a lo largo del curso de vida, el edadismo contra las personas jóvenes comporte un costo elevado. Alentamos también a los investigadores a que realicen más estudios sobre el edadismo que afecta a la población infantil, dado que este es un campo todavía relativamente inexplorado.

REFERENCIAS

1. de la Fuente-Núñez V, Schwartz E, Roy S, Ayalon L. A scoping review on ageism against younger populations. Unpublished.
2. Mullan J, Llave OV, Wilkens M. Working conditions of workers of different ages: European Working Conditions Survey 2015. Luxembourg; Publications Office of the European Union: 2017 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1747en.pdf, accessed 2 April 2020).
3. Kellner A, McDonald P, Waterhouse J. Sacked! An investigation of young workers' dismissal. *J Manag Organ*. 2011;17:226–44. <https://doi.org/10.5172/jmo.2011.17.2.226>.
4. Miller CS, Kaspin JA, Schuster MH. The impact of performance appraisal methods on age discrimination in employment act cases. *Pers Psychol*. 1990;43:555–78. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1990.tb02396.x>.
5. Kainer J. Intersectionality at work: young women organizers' participation in labour youth programs in Canada. *Resour Fem Res*. 2016;34:102–32. (<https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rfr-drf/article/view/27574>, accessed 22 October 2020).
6. Salem R, Ibrahim B, Brady M. Negotiating leadership roles: young women's experience in rural Egypt. *Women's Stud Q*. 2003;31:174–91 (<https://www.jstor.org/stable/40003326>, accessed 16 April 2020).
7. Piliavin JA. Age, race, and sex similarity to candidates and voting preference. *J Appl Soc Psychol*. 1987;17:351–68. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1987.tb00318.x>.
8. Sigelman L, Sigelman CK. Sexism, racism, and ageism in voting behavior: an experimental analysis. *Soc Psychol Q*. 1982;45:263–9. <https://doi.org/10.2307/3033922>.
9. Novac S, Darden J, Hulchanski D, Seguin A-M. Housing discrimination in Canada: the state of knowledge. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation; 2002 (http://www.hnc.utoronto.ca/pdfs/home/Novac_Discrimination-Lit-Re.pdf, accessed 16 July 2020).
10. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift H. Ageism in Europe: findings from the European Social Survey. London: Age UK; 2011 (https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism_across_europe_report_interactive.pdf?dtrk=true, accessed 12 May 2020).
11. Ayalon L. Feelings towards older vs. younger adults: results from the European Social Survey. *Educ Gerontol*. 2013;39:888–901. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.767620>.
12. Bastos JL, Barros AJD, Celeste RK, Paradies Y, Faerstein E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cad Saude Publica*. 2014;30:175–86. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00163812>.
13. Hnilica K. Discrimination and subjective well-being: protective influences of membership in a discriminated category. *Cent Eur J Public Health*. 2011;19:3–6. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3608>.
14. Garstka TA, Schmitt MT, Branscombe NR, Hummert ML. How young and older adults differ in their responses to perceived age discrimination. *Psychol Aging*. 2004;19:326–35. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.326>.
15. Ryan KM, King EB, Finkelstein LM. Younger workers' metastereotypes, workplace mood, attitudes, and behaviors. *J Manag Psychol*. 2015;30:54–70. <https://doi.org/10.1108/JMP-07-2014-0215>.
16. Noels KA, Giles H, Cai D, Turay L. Perceptions of inter-and intra-generational communication in the United States of America and the People's Republic of China: implications for self-esteem and life satisfaction. *S Pac J Psychol*. 1999;10:120–35. <https://doi.org/10.1017/S0257543400001085>.

17. Andreoletti C, Lachman ME. Susceptibility and resilience to memory aging stereotypes: education matters more than age. *Exp Aging Res.* 2004;30:129–48. <https://doi.org/10.1080/03610730490274167>.
18. Hehman JA, Bugental DB. "Life stage-specific" variations in performance in response to age stereotypes. *Dev Psychol.* 2013;49:1396–406. <https://doi.org/10.1037/a0029559>.
19. Snape E, Redman T. Too old or too young? The impact of perceived age discrimination. *Hum Resour Manag J.* 2003;13:78–89. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2003.tb00085.x>.
20. Rabl T, Triana M-C. How German employees of different ages conserve resources: perceived age discrimination and affective organizational commitment. *Int J Hum Resour.* 2013;24:3599–612. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.777936>.
21. Worth N. Who we are at work: millennial women, everyday inequalities and insecure work. *Gend Place Cult.* 2016;23:1302–14. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2016.1160037>.
22. Diekmann AB, Hirnisey L. The effect of context on the silver ceiling: a role congruity perspective on prejudiced responses. *Personal Soc Psychol Bull.* 2007;33:1353–66. <https://doi.org/10.1177/0146167207303019>.
23. Erber JT, Szuchman LT, Prager IG. Ain't misbehavin': the effects of age and intentionality on judgments about misconduct. *Psychol Aging.* 2001;16:85–95. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.1.85>.
24. Kogan N. A study of age categorization. *J Gerontol.* 1979;34:358–67. <https://doi.org/10.1093/geronj/34.3.358>.
25. He Y, Ebner NC, Johnson MK. What predicts the own-age bias in face recognition memory? *Soc Cogn.* 2011;29:97-109. <https://doi.org/10.1521/soco.2011.29.1.97>.
26. Gluth S, Ebner NC, Schmiedek F. Attitudes toward younger and older adults: the German aging semantic differential. *Int J Behav Dev.* 2010;34:147–58. <https://doi.org/10.1177/0165025409350947>.
27. Gross EF, Hardin CD. Implicit and explicit stereotyping of adolescents. *Soc Justice Res.* 2007;20:140–60. <https://doi.org/10.1007/s11211-007-0037-9>.
28. Kmicinska M, Zaniboni S, Truxillo DM, Fraccaroli F, Wang M. Effects of rater conscientiousness on evaluations of task and contextual performance of older and younger co-workers. *Eur J Work Organ Psychol.* 2016;25:707–21. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2016.1147428>.
29. Dykstra PA, Fleischmann M. Are societies with a high value on the Active Ageing Index more age integrated? In: Zaidi A, Harper S, Howse K, Lamura G, Perek-Bialas J, editors. *Building evidence for active ageing policies.* Singapore: Springer; 2018:19–37.
30. Goebel BL, Cashen VM. Age stereotype bias in student ratings of teachers: teacher, age, sex, and attractiveness as modifiers. *College Student Journal.* 1985;19:404–10. (<https://psycnet.apa.org/record/1987-23500-001>, accessed 21 October 2020).
31. Gekoski WL, Knox VJ. Ageism or healthism? Perceptions based on age and health status. *J Aging Health.* 1990;2(1):15–27. <https://doi.org/10.1177/089826439000200102>.
32. Luoh H-F, Tsaur S-H. Customers' perceptions of service quality: do servers' age stereotypes matter? *Int J Hosp Manag.* 2011;30:283–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2010.09.002>.
33. Kite ME, Johnson BT. Attitudes toward older and younger adults: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 1988;3:233–44. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.3.3.233>.
34. Kite ME, Stockdale GD, Whitley BE Jr, Johnson BT. Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *J Soc Issues.* 2005;61:241–66. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x>.
35. Kite ME, Wagner LS. Attitudes toward older adults. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons.* Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61.

06

ESTRATEGIA 1: POLÍTICAS Y LEYES



KHALED, 26,
EGIPTO

“ Siendo un joven interesado en los derechos humanos, empecé pronto a trabajar en este campo involucrándome en diversas actividades, y desde entonces he tenido que hacer frente a mucha discriminación por el hecho de ser joven. ”

Khaled, 26, Egipto

©Khaled Emam / Grupo Principal de la Infancia y la Juventud de las Naciones Unidas

Las políticas y las leyes pueden usarse para reducir o eliminar el edadismo contra cualquier grupo etario.

Las políticas y las leyes para reducir o eliminar el edadismo incluyen, por ejemplo, la legislación que aborda la discriminación y la desigualdad por razones de edad, las políticas destinadas a garantizar que se respete la dignidad de todas las personas independientemente de la edad, así como las leyes de derechos humanos.

Hay evidencia directa que indica que las políticas y la legislación reducen el edadismo, y también hay evidencia indirecta que sugiere que las políticas y las leyes reducen otros “-ismos” (por ejemplo, el racismo y el sexismo), por lo que es posible que sean útiles también para reducir el edadismo.

6.1 QUÉ SON Y CÓMO ACTÚAN

La promulgación de políticas y leyes constituye una estrategia importante que puede usarse para reducir o eliminar el edadismo, especialmente en lo relativo a la discriminación por motivos de edad (1). Las políticas son planes, compromisos o procedimientos que se adoptan para influir en una determinada cuestión dentro de una sociedad. Generalmente proporcionan un marco en el que pueden ponerse a prueba o medirse las propuestas o las actividades. Como ejemplos de políticas cabe citar los mecanismos de queja y reclamación y los planes de acción para el empleo, así como las instituciones que procuran eliminar la discriminación por razones de edad y facultar a las personas para que reclamen sus derechos a un acceso y una participación igualitarios. Las leyes forman parte del sistema de normas que un determinado país o comunidad reconoce para regular las acciones de sus miembros y que puede hacer cumplir mediante la imposición de sanciones. Las leyes también ayudan a garantizar la protección de todos los derechos humanos y permitir a las personas que exijan responsabilidades a sus gobiernos. Puede hacerse una distinción entre las leyes del derecho internacional y las nacionales. El derecho internacional define las responsabilidades legales y las obligaciones de los Estados signatarios en su relación entre sí y en su trato a las personas dentro de las fronteras estatales. Las convenciones o tratados internacionales y los usos y costumbres internacionales son dos orígenes

importantes del derecho internacional. El derecho nacional, que a menudo se denomina legislación interna, corresponde a las leyes en vigor dentro de un determinado país. Aun siendo distintas, las políticas y las leyes están íntimamente relacionadas; por ejemplo, la política puede trasladarse a la legislación, y la legislación puede incluir la obligación de formular una nueva política.

Hay cuatro formas en las que las políticas y las leyes pueden reducir el edadismo. En primer lugar, según la teoría de la disuasión, la prohibición de un determinado comportamiento o práctica puede reducir ese comportamiento en la medida en la que se impongan sanciones de manera sistemática (2, 3). Por ejemplo, es menos probable que los empleadores discriminen cuando hay leyes en vigor contra la discriminación, ya que estas establecen un costo esperado de una magnitud equivalente al costo de transgredirla (por ejemplo, honorarios de abogados, multas) multiplicado por la probabilidad de ser detectado (4).

En segundo lugar, las políticas y las leyes pueden ayudar a reducir el edadismo al crear una norma social clara de que el edadismo es socialmente inadmisibles (2, 5-7). Se ha demostrado que el conocimiento de la postura de la propia comunidad influye en el grado de prejuicios que una persona expresa, a pesar de que estas actitudes se manifiesten en privado y no haya posibilidad de crítica (7-12).

En tercer lugar, según la teoría de la disonancia cognitiva (13), las políticas y leyes a nivel gubernamental, al obligar a las personas a modificar su comportamiento, pueden cambiar con el tiempo también las actitudes subyacentes de muchas personas, ya que estas tienen que reconciliar la disonancia existente entre sus actitudes y su comportamiento. En cuarto lugar, las leyes y las políticas pueden aumentar la diversidad

existente en la población circundante (por ejemplo, en el lugar de trabajo) y configurar los entornos físicos y sensoriales, lo cual puede afectar, a su vez, al grado de sesgo implícito que manifiestan las personas (14, 15). Por ejemplo, las leyes que regulan la discriminación en el lugar de trabajo pueden aumentar la presencia de miembros de los grupos protegidos, así como prohibir el uso de descripciones visuales degradantes de un grupo concreto, y ello puede reducir el sesgo implícito en contra de los miembros de ese grupo (14).

El tratamiento legal del edadismo y, más concretamente, la discriminación por razones de edad comporta ciertas dificultades. Puede haber una amplia variedad de circunstancias en las que la edad se considere una razón racional y legítima para establecer distinciones entre diferentes grupos de personas (16). Por ejemplo, en el pasado el uso de una distinción basada en la edad para determinar quién tiene derecho a prestaciones de pensión se ha presentado como un motivo racional para establecer distinciones entre diferentes grupos etarios tomando como base el argumento de que no hay ninguna otra forma práctica o justa de decidir a quién deben otorgarse (17). En ocasiones, fomentar un respeto igual de la dignidad de las personas de diferentes edades puede requerir también un trato diferente a distintos grupos etarios (18). Esto significa que no todas las formas de trato diferente en función de la edad puedan considerarse una discriminación indebida. La cuestión clave es si un trato diferente por motivos de edad socava los principios de los derechos humanos de dignidad, autonomía y participación y si las evaluaciones justificativas usadas para establecer su legitimidad están o no contaminadas por estereotipos, supuestos y prejuicios edadistas.

Las políticas y las leyes encaminadas a enfrentar el edadismo son muy diversas e inclu-

En este capítulo se aporta información acerca de la primera estrategia que puede usarse para eliminar o reducir el edadismo: las políticas y la legislación. En el apartado 6.1 se describe esta estrategia y la forma en que actúa para reducir el edadismo. En el apartado 6.2 se presenta la evidencia disponible acerca de su efectividad, mientras que el apartado 6.3 proporciona ejemplos de este tipo de intervenciones procedentes de diferentes países y regiones. En el apartado 6.4 se describe el costo de este tipo de intervenciones y las características que pueden mejorar su eficacia.

yen la legislación y las políticas de igualdad y contra la discriminación basada en la edad que definen acciones destinadas a asegurar el respeto adecuado de la dignidad y la igualdad de estatus de todas las personas independientemente de su edad; las políticas orientadas a modificar las percepciones que se tienen de las personas mayores o las personas jóvenes; y la legislación de derechos humanos, que proporciona un sistema que codifica los derechos humanos de las personas mayores y las personas jóvenes y hace que esos derechos sean exigibles. Se utilizan diferentes mecanismos para aplicar y realizar un seguimiento de las políticas y las leyes, como organismos de derechos humanos, tribunales, defensores del pueblo y organismos que trabajan en favor de la aplicación de los tratados y de asegurar la igualdad.

6.2 QUÉ RESULTADOS DAN

La evaluación del efecto que tienen las leyes y políticas nacionales ha sido un verdadero reto desde hace muchos años, debido en parte a la dificultad de atribuir los cambios observados a la aplicación de las leyes o las políticas, especialmente cuando la realización de ensayos clínicos aleatorizados resulta imposible, inviable, demasiado costosa o no se considera ética (19-22). ¿Produce la política o la ley en cuestión realmente los efectos observados, o son causados esos efectos por algún otro factor de confusión? (19, 20). Los estudios existentes se centran en general en las repercusiones y el efecto que tiene el uso de la ley, las medidas aplicadas para exigir su cumplimiento y su efectividad, la contribución de esas medidas al logro de los objetivos globales de la política social, y el efecto sobre la posición socioeconómica de determinados grupos (23).

En el ámbito del edadismo, los pocos estudios que se han llevado a cabo se han

centrado en las en el campo del empleo en Australia, Canadá, Europa y Estados Unidos. Estos estudios han revelado en general efectos positivos de estas leyes (24-29). Por ejemplo, la introducción de la Ley sobre la Discriminación por Edad en el Empleo de 1967 de Estados Unidos, que solamente reconoce el sesgo contra los trabajadores mayores, causó un pequeño efecto positivo y significativo en el empleo general de las personas mayores (24). Esta ley ha impedido a los empleadores adoptar y hacer cumplir políticas de jubilación obligatoria basadas en la edad cronológica de los empleados (con algunas pocas excepciones para ciertos cargos ejecutivos, así como para los bomberos y agentes de policía) (28, 29). De todos modos, algunos estudios han indicado que, cuando no se redactan ni se hacen cumplir de forma adecuada, las leyes contra la discriminación por motivos de edad pueden tener consecuencias no deseadas, como ocurre cuando las empresas contratan a menos trabajadores mayores como forma de evitar verse involucrados en posibles litigios (26).

El efecto de la legislación nacional contra la discriminación se ha estudiado también en otros campos (por ejemplo, por raza, sexo o género y orientación sexual) en diversos países de ingresos altos, y en gran parte se ha observado que ayuda a reducir la discriminación (7, 23, 30-32). El esfuerzo más sistemático para evaluar los efectos de las leyes nacionales contra la discriminación examinó las evaluaciones del efecto de esas leyes, que han abordado diversos aspectos (por ejemplo, edad, sexo o género y discapacidad) en 12 países diferentes, incluidos varios de Europa, así como otros países de ingresos altos, como Australia, Canadá y Estados Unidos (23).

En todos los estudios analizados se resaltaron los beneficios aportados por la adopción de leyes contra la discriminación, que consistieron en una mayor participación de todas

las personas en la sociedad, incluido el empleo y los estudios. Además, la adopción de leyes eficaces contra la discriminación ayudó a reducir la brecha salarial existente entre los grupos protegidos y la población general y a aumentar el nivel de estudios alcanzado en esos grupos (23). El cumplimiento de la legislación contra la discriminación puede reducir también la aceptabilidad de la discriminación en la sociedad en sentido más amplio, así como el grado de discriminación interpersonal (7).

La medición de los efectos directos o indirectos del derecho internacional resulta igualmente difícil, ya que con frecuencia no es sencillo establecer de manera concluyente una relación causal entre el sistema de tratados internacionales y las reformas políticas o legislativas a nivel de país (33). De todos modos, cada vez es mayor la evidencia que respalda el supuesto de que el proceso de formular y ratificar un tratado y la promoción de la causa internacional y el seguimiento de su resultado a nivel estatal pueden contribuir a producir cambios en la ley, las políticas y los procedimientos en el país. Esto se ilustra en varios estudios de casos y en informes y exámenes oficiales de las Naciones Unidas, en los que se evaluaron los cambios observados a nivel nacional después de la ratificación por los países de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (34, 35), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (36, 37) y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (38). Otro estudio en el que se examinaron los cambios derivados de la ratificación de seis tratados sobre derechos humanos de las Naciones Unidas en 20 países reveló que los diversos países adoptaron medidas tangibles para incorporar las normas del tratado en sus estructuras legales nacionales y en sus culturas (39). Es importante señalar que

un par de estudios han indicado incluso que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer tuvo un efecto pequeño pero estadísticamente significativo y positivo sobre los derechos de las mujeres, incluso después de introducir un ajuste para otros factores clave (40, 41).

A nivel de regiones geográficas, hay evidencia que indica que la exigencia de cumplimiento de la Convención Europea sobre los Derechos Humanos por el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos no solo ha dado lugar a que se concedieran indemnizaciones a demandantes individuales por daños y perjuicios, sino también a que los gobiernos europeos modificaran su legislación sobre cuestiones como los derechos de los homosexuales y la discriminación por razones de edad (33).

Otros ejemplos de tribunales de derechos humanos son la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que actúa en el marco de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y la Corte Africana de Derechos Humanos y de las Personas, que actúa dentro de la Carta Africana de Derechos Humanos y de las Personas y cuyas actuaciones van en aumento (33).

6.3 EJEMPLOS

Seis ejemplos ilustran diferentes tipos de políticas y leyes de distintas partes del mundo que tienen como objetivo hacer frente al edadismo contra las personas mayores. Los cuatro primeros ejemplos corresponden a instrumentos internacionales o de regiones geográficas, mientras que los dos últimos son de instrumentos nacionales. Los ejemplos de uso de las políticas y las leyes para abordar el edadismo contra las personas jóvenes se presentan en el [recuadro 6.1](#).

Recuadro 6.1

Políticas y leyes para reducir o eliminar el edadismo contra los jóvenes

Como lo muestran los ejemplos de este recuadro, las políticas y las leyes se han usado también como estrategias para eliminar o evitar el edadismo contra las personas jóvenes, aunque la investigación existente acerca de su efectividad es limitada. Por ejemplo, el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el Año 2000 y Años Subsiguientes, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1996, proporciona un marco de políticas y directrices prácticas para la acción nacional y el apoyo internacional con objeto de mejorar la situación de las personas jóvenes en todo el mundo (59). Tiene como finalidad brindar apoyo para el disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales por parte de las personas jóvenes, alentar a los gobiernos a que adopten medidas contra las violaciones de estos derechos y libertades, y promover la ausencia de discriminación y la tolerancia, la igualdad de oportunidades, la solidaridad, la seguridad y la participación en la sociedad de todas las mujeres y hombres jóvenes. Cada dos años, la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Comisión de Desarrollo Social reciben un informe del Secretario General y aprueban una resolución sobre las políticas y los programas que afectan a las personas jóvenes.

La región iberoamericana ha sido también pionera en la promoción y la protección de los derechos de las personas jóvenes a través de la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, que entró en vigor en el 2008. Esta Convención establece derechos específicos para las personas de entre 15 y 24 años y las reconoce como actores estratégicos en el desarrollo (60). También tiene otro protocolo, aprobado en el 2016, que aclara y fortalece algunos de los artículos de la Convención. Por ejemplo, permite una extensión del límite superior de edad considerado en la Convención, con miras a adaptar la definición de juventud a las realidades legales y demográficas de cada país (61). La Convención no dispone de un sistema de seguimiento similar a los órganos de seguimiento de los tratados internacionales, pero ha establecido un sistema de supervisión a través del cual los Estados participantes deben remitir cada dos años un informe al Secretario General del Organismo Internacional de Juventud (62). Un total de siete países han ratificado este tratado: Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Honduras, España y Uruguay.

Otro ejemplo es la Carta Africana de la Juventud, que entró en vigor en agosto del 2009 y subraya los derechos, responsabilidades y libertades de las personas jóvenes de 15 a 35 años. También allana el camino para la elaboración de programas y los planes estratégicos nacionales para el empoderamiento de las personas jóvenes. Tiene como objetivo conseguir que las personas jóvenes estén protegidas frente a todas las formas de discriminación y se involucren en la toma de decisiones en la región, entre otros ámbitos en los programas de desarrollo de los países africanos. No prevé un mecanismo específico de seguimiento y supervisión, pero el Artículo 28 establece las responsabilidades de la Comisión de la Unión Africana de garantizar que los Estados participantes respeten sus compromisos y cumplan las obligaciones descritas en la Carta (62, 63). Un total de 39 países africanos ha ratificado la Carta y, por consiguiente, están obligados por las disposiciones que contiene (64).

6.3.1 Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento

En el 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento (42).

En el Artículo 5 de la declaración se establece el compromiso de eliminar todas las formas de discriminación, incluida la debida a la edad. El plan de acción, que cuenta con el aval de 159 gobiernos, no es jurídicamente vinculante, y su aplicación es voluntaria.

Cada cinco años, los países analizan el estado de la aplicación del plan de acción y las medidas necesarias para su avance. El proceso incluye un elemento participativo para fomentar la participación de la sociedad civil y de las personas mayores, y se ha diseñado para ayudar a los países a recibir las reacciones a las políticas y los programas que han aplicado. Después del examen y la evaluación a nivel nacional, las Comisiones Regionales de las Naciones Unidas agrupan la información. Los exámenes y los procesos de evaluación culminan en un examen mundial realizado por la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas.

Tras la adopción de esta declaración política, se notifican los avances realizados en la elaboración de políticas destinadas a eliminar la discriminación por motivos de edad a nivel del país, mediante sus procesos de seguimiento, así como a través de los estudios específicos que en general han observado que los gobiernos han elaborado y aplicado gradualmente medidas legislativas y políticas para evitar la discriminación por motivos de edad (43-46).

6.3.2 Directiva del marco de igualdad en el empleo de la Unión Europea

Uno de los hitos en la protección frente a la discriminación por motivos de edad en la Unión Europea fue la directiva 2000/78/CE del Consejo Europeo del 27 de noviembre del 2000 que establece un marco general para la igualdad de trato en el empleo y en el trabajo, y que creó una estructura para asegurar la igualdad de las personas en cuanto al empleo y el trabajo, con independencia de la edad, entre otras características protegidas (47). La directiva limita las circunstancias en las que las leyes nacionales de los Estados Miembros de la Unión Europea pueden permitir a empleadores aplicar a los empleados un trato diferente en función de la edad, estableciendo por tanto unos requisitos mínimos de protección frente a la discriminación. Los Estados Miembros deben garantizar la existencia de procedimientos judiciales o administrativos para quienes creen que han sufrido una discriminación negativa y deben proporcionar orientaciones respecto a las sanciones, que pueden incluir una indemnización (27). La directiva exige también a los Estados Miembros que promuevan el diálogo social con la intención de fomentar la igualdad de trato mediante "el seguimiento de las prácticas en los lugares de trabajo, los convenios colectivos, los códigos de conducta y a través de la investigación" (47, 48).

La Comisión Europea es responsable de la evaluación de la legislación nacional de los Estados Miembros para verificar que refleje correctamente los requisitos de la directiva. Si no es así, la Comisión puede poner en marcha procedimientos de incumplimiento contra el Estado Miembro pertinente. A su vez, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea ayuda a impulsar la interpretación de la directiva en los casos en los que hay incertidumbre o falta de claridad en cláusulas específicas (49).

Todos los países de la Unión Europea han introducido esta legislación, y se han logrado varios resultados importantes. Con ello, la edad se incorporó, junto con otros motivos de discriminación, en las agendas para la igualdad y contra la discriminación en la Unión Europea; se introdujeron por primera vez leyes contra la discriminación por motivos de edad en muchos Estados Miembros; se amplió el alcance de la protección en los pocos Estados que ya disponían de alguna legislación en vigor (27, 48); y se establecieron unas normas mínimas en toda la Unión Europea. También ayudó a abordar las desigualdades estructurales en el mercado de trabajo, como el uso de límites de edad máxima en los anuncios de puestos de trabajo (50).

A pesar de los avances logrados gracias a esta directiva, todavía hay áreas que es preciso mejorar. Por ejemplo, la amplia discrecionalidad permitida a las jurisdicciones nacionales para dejar de lado la igualdad de trato ha conducido a diferencias en las prácticas y los niveles de protección contra la discriminación por motivos de edad entre los distintos países de la Unión Europea (51). Además, este marco se centra tan solo en el empleo y no cubre otras áreas importantes en las que podría producirse una discriminación por motivos de edad, como los estudios, la vivienda y la protección sexual (véase el capítulo 2).

En el 2008, la Comisión Europea propuso un nuevo proyecto de directiva para proteger a todas las personas que viven en la Unión Europea contra la discriminación por motivos de edad, discapacidad, orientación social y religión o creencia en ámbitos más allá del lugar de trabajo (por ejemplo, en el acceso a bienes y servicios). Si se aprueba, esta ley completaría el marco de la Unión Europea al otorgar a la edad un nivel de protección similar al que existe actualmente en la ley para la raza y el género (52).

6.3.3 Protocolo de la Unión Africana sobre los derechos de las personas mayores

El protocolo de la Unión Africana para la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos acerca de los Derechos de las Personas Mayores en África constituye otro avance importante. Este protocolo, que fue aprobado en enero del 2016, es el producto de muchos años de consultas, y fortalece los compromisos contraídos en el marco de política y plan de acción sobre el envejecimiento de la Unión Africana del 2002 (53). El protocolo prohíbe todas las formas de discriminación contra las personas mayores (artículo 3) y abarca una gran variedad de derechos incluido el de acceso a los servicios de la salud, y los derechos al empleo, la protección social y la educación, por lo que establece un marco para que los gobiernos protejan esos derechos. De todos modos, el protocolo no prohíbe explícitamente la discriminación por motivos de edad, y ello puede limitar su interpretación a nivel nacional.

Si es ratificado y aplicado, el protocolo brinda la posibilidad de proporcionar a los africanos una mejora en el disfrute de sus derechos. Este protocolo ha sido ratificado por dos países, Benín y Lesotho. Otros doce países han firmado el protocolo, lo cual indica su voluntad de ratificarlo (54).

6.3.4 Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es el primer tratado de ámbito regional que protege plenamente los derechos humanos de las personas mayores. Prohíbe explícitamente la discriminación por motivos de edad (artículo 5); promueve acti-

tudes positivas y un trato digno, respetuoso y considerado de las personas mayores; y fomenta el reconocimiento de la experiencia de las personas mayores, así como de su sabiduría, productividad y contribución al desarrollo de la sociedad (55).

Los países que ratifican la Convención deben adoptar medidas para prevenir, sancionar y erradicar las violaciones de los derechos de las personas mayores. También deben adoptar y ejecutar medidas afirmativas para aplicar los derechos establecidos en la Convención, incluidas las políticas, los planes y la legislación. Es también responsabilidad de los Estados establecer y promover instituciones públicas especializadas en la protección y el fomento de los derechos de las personas mayores. En cuanto a los derechos protegidos, la Convención establece el derecho a la igualdad y a la no discriminación por motivos de edad, a la vida y la dignidad, a la independencia y la autonomía, al trabajo y la educación, a la salud física y mental, y a dar un consentimiento libre e informado en el ámbito de la atención de salud, entre otros.

Al aprobar esta Convención, los países de toda la región muestran su compromiso de abordar el edadismo y la negación de los derechos humanos a las personas mayores, y han reconocido que para ello son necesarias normas explícitas y jurídicamente vinculantes sobre los derechos humanos y los mecanismos de rendición de cuentas que las acompañan. La Convención entró en vigor en el 2017, y siete países han ratificado el tratado: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Uruguay. Es demasiado pronto para poder evaluar su eficacia, pero se espera que su ratificación ayude a establecer unas normas regionales mínimas para proteger los derechos de las personas mayores y ello tendrá un claro potencial de alentar a los países a adoptar nuevas políticas públicas y marcos legislativos (56).

6.3.5 Marcos políticos y jurídicos de Uruguay

Los marcos políticos y jurídicos nacionales de Uruguay prohíben toda discriminación por motivos de edad y garantizan a las personas mayores y a las personas jóvenes una protección legal igual y efectiva frente a la discriminación. La Constitución establece que todas las personas son iguales ante la ley (artículo 8), y el país ha adoptado varias medidas para contrarrestar la discriminación por motivos de edad en sectores específicos, como el del empleo, por medio de políticas de actuación afirmativas y una prohibición específica del trato discriminatorio en contra de cualquier trabajador por motivos de edad.

La Institución Nacional de Derechos Humanos y la Oficina del Defensor del Pueblo se crearon formalmente en el 2012 para promover y proteger los derechos humanos, de conformidad con lo definido por la ley uruguaya. Se han establecido también otros mecanismos para fomentar y proteger los derechos humanos, como el del Defensor del Vecino de Montevideo, que promueve y defiende los derechos de todos los habitantes de Montevideo, y la Secretaría de Derechos Humanos, que se encarga del seguimiento y la evaluación del cumplimiento de los derechos humanos. Además, Uruguay fue el primer Estado que depositó el instrumento de ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores el 18 de noviembre del 2016.

Estos instrumentos existentes jurídicos y de política podrían fortalecerse aún más proporcionándoles recursos humanos, técnicos y financieros suficientes (57) y garantizando una mayor coordinación entre la Institución Nacional de los Derechos Humanos y la Oficina del Defensor del Pueblo. Se necesitan también estudios destinados a evaluar con mayor detalle los efectos de estos marcos jurídicos y de políticas de Uruguay.

6.3.6 Ley de igualdad de oportunidades de Mauricio

Aunque la Constitución de Mauricio no hace ninguna referencia explícita a la discriminación por motivos de edad, hay leyes específicas, como la Ley de Igualdad de Oportunidades del 2012 que sí prohíben explícitamente tal discriminación en diversos ámbitos de actividad, como el empleo; la educación; la provisión de bienes, servicios o instalaciones; la vivienda; el acceso a instalaciones y a deportes; y las sociedades, asociaciones registradas y clubes. La Ley de Igualdad de Oportunidades creó la Comisión de Igualdad de Oportunidades y el Tribunal de Igualdad de Oportunidades, que valoran las reclamaciones por transgresión de derechos protegidos por esta Ley. La Comisión de Igualdad de Oportunidades es una institución independiente y autónoma que tiene como objetivo alcanzar una conciliación entre las partes en disputa. Los casos en los que no se logra alcanzar una conciliación pueden ser remitidos al Tribunal de Igualdad de Oportunidades. En el 2014, la Comisión remitió al Tribunal dos casos relacionados con una discriminación por motivos de edad (58). No se ha realizado ninguna evaluación detallada de la Ley de Igualdad de Oportunidades.

6.4 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES Y COSTOS

Hay pocos estudios metodológicamente rigurosos que hayan intentado evaluar los factores que contribuyen a que las leyes y políticas destinadas a abordar el edadismo sean efectivas. Sin embargo, hay unos pocos estudios que aportan algunos indicios acerca de características de las leyes y políticas que pueden ser importantes y que pueden au-

mentar su efectividad, entre ellos uno que ha examinado de forma detallada los factores que contribuyen a producir la aceptación y la efectividad de las leyes nacionales contra la discriminación en 12 países y que se centra en cuestiones como la edad y la discapacidad (23). De todos modos, varios de los estudios incluidos en este análisis tenían diseños imperfectos o presentaban una información metodológica insuficiente, lo cual limita las conclusiones que pueden extraerse de ellos (23). Se describen a continuación algunas de estas características de posible importancia.

- Mecanismos sólidos de seguimiento y exigencia del cumplimiento de las leyes y políticas: en varios estudios se ha identificado que los mecanismos débiles para la exigencia del cumplimiento constituyen un factor importante que limita el éxito de las leyes contra la discriminación (23, 27, 32, 65). Los mecanismos de seguimiento y exigencia del cumplimiento pueden adoptar múltiples formas, como la creación de consejos o comisiones nacionales, organismos de defensa de la igualdad o defensores del pueblo.
- Conocimiento público de la ley o la política y claridad de sus disposiciones: la legislación en contra de la discriminación parece alcanzar su máxima eficacia si se acompaña de un aumento de la sensibilización y de una difusión de información acerca de la política o la ley a diversos niveles (7, 23, 27, 48, 65, 66). Para que la legislación y la política produzcan efectos en una determinada comunidad, debe haber al menos algunas personas de ella que sean conocedoras de su existencia. Es necesario garantizar que la legislación tenga un efecto instrumental sobre una determinada persona, de tal manera

que esta intente evitar las sanciones especificadas en la ley y para que las personas sean conscientes de que pueden presentar una reclamación si sufren transgresiones de la ley, en este caso, una discriminación por motivos de edad. Es igualmente importante que las disposiciones de la ley o la política sean claras e incluyan información acerca de quién puede presentar una demanda y en qué condiciones, y acerca de a quién corresponde la carga de la prueba.

- Activismo fuerte de la sociedad civil: las organizaciones no gubernamentales nacionales pueden desempeñar un papel importante en el proceso de reforma y pueden ayudar a mejorar el efecto de las notificaciones de transgresiones de la ley o a avanzar en la aplicación de tratados, convenciones o políticas (36, 40, 67).
- Disponibilidad de recursos: una falta de recursos, incluida la de financiamiento para los organismos de supervisión y exigencia del cumplimiento, puede afectar negativamente a la aplicación de las políticas y las leyes (23, 40, 67-69).
- Democracias: La evidencia disponible sugiere que las leyes internacionales pueden ser más eficaces en las democracias estables o en fase de consolidación (69, 70) ya que en ellas puede haber una mayor probabilidad de cumplimiento de las obligaciones establecidas en los tratados, debido a la presencia de supervisiones internas que dificultan la ocultación o la disonancia entre los comportamientos expresados y los reales.
- Normas sociales existentes: la aplicación y la eficacia de una ley contra la

discriminación mejoran cuando la ley se basa en una norma que ya es ampliamente observada en la sociedad y la formaliza (23).

- Consulta pública: la participación significativa de las personas a las que es probable que afecte la ley o la política es esencial para conseguir que se satisfagan sus necesidades e inquietudes (68, 71).

Los costos calculados de las políticas y las leyes son muy diversos y dependen de factores como la cobertura geográfica (por ejemplo, internacional, regional o nacional), las disposiciones de la política o la legislación, la necesidad de capacitación para brindar apoyo a la ejecución y el seguimiento y los mecanismos de cumplimiento necesarios (23). En un estudio se calculó el costo del componente de creación de una nueva ley de salud pública, y se observó que, en los países de ingresos altos, como Nueva Zelanda y Estados Unidos, el costo medio de una nueva legislación de salud pública oscilaba entre 382.000 y 980.000 dólares estadounidenses (72). De todos modos, estos cálculos no tuvieron en cuenta los costos de aplicación de las disposiciones de la ley ni los asociados al seguimiento y el cumplimiento.

6.5 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

La evidencia disponible indica que la adopción de políticas y leyes puede ser una estrategia importante para reducir o eliminar el edadismo, y parece ser una medida asequible. Las políticas y las leyes encaminadas a abordar el edadismo son muy variadas y pueden incluir la legislación para hacer frente a la discriminación por motivos de edad y a la desigualdad, políticas para asegurar el respeto a la dignidad de todas las

personas independientemente de su edad y leyes de derechos humanos. Junto con las intervenciones educativas y las actividades de contacto intergeneracional, las políticas y las leyes son una de las estrategias más importantes a incluir en cualquier actuación para combatir el edadismo.

Se detallan a continuación las prioridades futuras en relación con las intervenciones en las políticas y la legislación.

- Deben aumentarse las garantías legislativas y de políticas internacionales para evitar la discriminación por motivos de edad. En el derecho internacional, no hay ningún instrumento jurídico específico para eliminar los prejuicios y la discriminación contra las personas mayores, y la mayor parte de los instrumentos de derechos humanos internacionales no incluyen de forma explícita la edad como un ámbito en el que esté prohibida la discriminación. Una convención internacional podría convertir las aspiraciones en obligaciones vinculantes y daría lugar a leyes y políticas de ámbito nacional, tal como ha ocurrido con otras convenciones como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (34, 35), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (38) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (36, 37). El apoyo a la elaboración de un nuevo tratado de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos de las personas mayores se ha incrementado recientemente, sobre todo tras la creación de un Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento (véase el recuadro 6.2).
- Es fundamental elaborar y hacer cumplir las leyes y políticas nacionales contra la discriminación, modificar o derogar las leyes y políticas en vigor que puedan ser edadistas y mejorar el acceso a la justicia para quienes formulen quejas relativas a una discriminación por motivos de edad o por edadismo en sentido más amplio. Aunque ha habido un progreso constante en la aprobación de disposiciones legales y de políticas nacionales que prohíben la discriminación por motivos de edad (17), su alcance y cobertura son desiguales en comparación con las garantías existentes frente a la discriminación por otros motivos. Existen también muchas incongruencias y brechas en lo que respecta a la especificidad, alineación con el derecho internacional, alcance legal y material, protección frente a la discriminación tanto directa como indirecta, diferencias de trato y excepciones, así como en lo relativo a la supervisión y acceso a las medidas correctoras (51). También es necesario elaborar medidas de protección frente a la discriminación acumulativa y la intersección con otras discriminaciones, mediante políticas y leyes (por ejemplo, la discriminación por motivos tanto de edad como de discapacidad) (73-76).
- Debe aumentarse la concientización pública en contra de la discriminación, así como sobre las leyes y políticas de derechos humanos.
- Es importante realizar investigaciones para mejorar el conocimiento actual sobre la efectividad de la legislación y las políticas contra la discriminación en vigor y las nuevas que se introduzcan, a nivel nacional e internacional (véase el recuadro 6.3).

- Deben mejorarse las estimaciones realizadas de los costos de las intervenciones en las políticas y la legislación. Sin estimaciones exactas y comparables del costo, no es posible calcular ni comparar la costo-efectividad de las intervenciones. Puede usarse el modelo de costo-efectividad y planificación estratégica de la OMS (denominado WHO-CHOICE) para establecer los costos de aplicación de nuevas leyes y políticas (77).

Recuadro 6.2

Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas de Composición Abierta sobre el Envejecimiento y posibilidad de una nueva convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas mayores

La Asamblea General de las Naciones Unidas creó en el 2010 el Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento (78). Su finalidad es fortalecer la protección de los derechos de las personas mayores mediante el examen del modo en el que los instrumentos existentes abordan esos derechos, la determinación de las brechas en la protección; y el examen de la viabilidad de elaborar nuevos instrumentos y medidas. Es el primer organismo intergubernamental fuera del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que reúne anualmente a las instituciones nacionales de derechos humanos (79) con los Estados Miembros de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y los organismos de las Naciones Unidas. Desde su creación, este Grupo de Trabajo ha celebrado debates acerca de aspectos fundamentales de la vida de las personas mayores, como la discriminación, salud y cuidados a largo plazo, autonomía e independencia, exclusión social, seguridad social, violencia y maltrato, y cuidados al final de la vida y paliativos. Desde el 2019, los Estados Miembros han podido presentar recomendaciones negociadas en las sesiones del Grupo de Trabajo para someterlas a la consideración de la Asamblea General de las Naciones Unidas (80). Basándose en las propuestas realizadas para mejorar la promoción de los derechos de las personas mayores, en el 2014 el Consejo de Derechos Humanos designó por primera vez a un Experto Independiente sobre el goce de todos los derechos humanos por las personas mayores (81).

El Grupo de Trabajo es el foro principal para el debate sobre la elaboración de un tratado de derechos humanos o una convención internacional relativa a los derechos de las personas mayores. De hecho, en el 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas solicitó al Grupo de Trabajo que considerara propuestas para un instrumento legal internacional destinado a promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas mayores y presentar, en el plazo más breve posible, una propuesta que contuviera

los elementos principales que debería incluir un instrumento de este tipo y que no se abordan suficientemente con los mecanismos ya existentes (82). El Secretario General de las Naciones Unidas ha destacado aún más la necesidad de construir marcos jurídicos más fuertes para proteger los derechos humanos de las personas mayores, incluida la aceleración de los esfuerzos del Grupo de Trabajo por elaborar propuestas para un instrumento jurídico internacional (83).

Una convención de las Naciones Unidas es un documento jurídicamente vinculante, que es exigible por ley, en el que se establecen los derechos de un grupo específico de personas (por ejemplo, las mujeres) o se aborda una cuestión específica (por ejemplo, la tortura). Cualquier Estado Miembro de las Naciones Unidas puede ratificar una convención de las Naciones Unidas, y aceptar de ese modo cumplir sus reglas. Una vez un país ratifica una convención, debe o bien adaptar sus leyes y políticas nacionales o bien aprobar una nueva legislación para hacer efectivos los derechos incluidos en ese tratado. Por lo tanto, una convención puede proporcionar un marco basado en los derechos, la equidad y la justicia social que sirva de guía para las respuestas de política frente al envejecimiento demográfico. Puede promover un cambio de paradigma para pasar de uno en el que se considera a las personas mayores receptores pasivos del bienestar a otro en el que las personas mayores son vistas como personas con derechos activos.

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas han expresado una amplia variedad de puntos de vista acerca de la mejor forma de promover y proteger los derechos humanos de las personas mayores, entre ellos la potenciación del uso de los instrumentos legales ya existentes o la elaboración de un instrumento específico para ello. El Grupo de Trabajo sigue centrándose en la organización de más debates sustantivos, abiertos y en profundidad para llegar a comprender plenamente los problemas, detectar elementos que requieran una elaboración adicional y considerar las soluciones apropiadas.

Recuadro 6.3

Oportunidades para la investigación sobre políticas y leyes

Aunque no hay ninguna revisión sistemática sobre el efecto de las políticas y las leyes para abordar el edadismo, la evidencia disponible sobre la efectividad de las leyes para hacer frente al edadismo y otros "-ismos" respalda el uso de esta estrategia para reducirlo o eliminarlo. Será importante que la investigación futura se centre en la realización de evaluaciones rigurosas del efecto de políticas y leyes nuevas o existentes contra la discriminación por motivos de edad, así como en la evaluación de los factores que contribuyen a su efectividad (23). Es fundamental que se lleven a cabo estudios en países de ingresos bajos y medios y que se investigue también el efecto de estas intervenciones en el abordaje del edadismo más allá del sector del empleo, dado que la mayor parte de la evidencia se ha centrado hasta ahora en los resultados de la obtención de empleo en tan solo un número limitado de países.

Dado que los ensayos clínicos aleatorizados no siempre son un diseño de estudio posible o ético al evaluar políticas y leyes, en futuros estudios se podrían utilizar diversas técnicas para abordar las dificultades existentes para atribuir los cambios observados a la aplicación de una determinada ley o política, por ejemplo mediante el empleo de una técnica estadística denominada diferencias en las diferencias, que tiene como finalidad aislar el efecto de una ley sobre resultados específicos. Con el empleo de este tipo de análisis, se han realizado estudios para comparar, por ejemplo, los resultados obtenidos en los trabajadores mayores antes y después de un cambio en la ley contra la discriminación (por ejemplo, la introducción de la ley sobre discriminación en el empleo por razones de edad de 1967 en Estados Unidos o cambios en las leyes estatales) con los observados en un grupo de referencia no afectado por ello, como el de los trabajadores jóvenes o los trabajadores mayores de países sin modificaciones legislativas, o ambos grupos (24).

Se han propuesto también otros métodos adicionales para superar otras dificultades aparecidas al evaluar las leyes y políticas con el empleo de diseños observacionales, por ejemplo mediante el empleo de diseños de discontinuidad de regresión, variables instrumentales o enfoques de emparejamiento cerca-lejos para abordar el problema de los factores de confusión no observados (19). O puede usarse un emparejamiento por puntuación de propensión (es decir, una técnica de emparejamiento estadístico que intenta estimar el efecto de una política teniendo en cuenta las covariables que predicen la exposición a dicha política) para abordar el problema de establecer una población de comparación cuando no se dispone de manera inmediata de un comparador bien igualado (19).

El análisis comparativo cualitativo es otro método que se está empleando de manera creciente (84). Se trata de una técnica mixta cuantitativa y cualitativa que se basa en múltiples estudios de casos y que tiene como objetivo determinar qué conclusiones lógicas son respaldadas por múltiples estudios de casos y cuáles pueden ayudar a explicar por qué se produce un cambio en algunos casos pero no en otros (85).

REFERENCIAS

1. Fredman S. The age of equality. In: Fredman S, Spencer S, editors. Age as an equality issue: legal and policy perspectives. Oxford: Hart; 2003:21–70.
2. Grasmick HG, Green DE. Legal punishment, social disapproval and internalization as inhibitors of illegal behavior. *J Crim Law Criminol.* 1980;71:325–35. <https://doi.org/10.2307/1142704>.
3. Nagin DS. Deterrence in the twenty-first century. *Crime Justice.* 2013;42:199–263. <https://doi.org/10.1086/670398>.
4. Landes WM. The economics of fair employment laws. *J Political Econ.* 1968;76:507–52. <https://doi.org/10.1086/259426>.
5. Tapp JL, Kohlberg L. Developing senses of law and legal justice. *J Soc Issues.* 1971;27:65–91. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1971.tb00654.x>.
6. Zimring F, Hawkins G. The legal threat as an instrument of social change. *J Soc Issues.* 1971;27:33–48. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00180.x>.
7. Barron LG, Hebl M. The force of law: the effects of sexual orientation antidiscrimination legislation on interpersonal discrimination in employment. *Psychol Public Policy Law.* 2013;19:191–205. <https://doi.org/10.1037/a0028350>.
8. Stangor C, Sechrist GB, Jost JT. Changing racial beliefs by providing consensus information. *Personal Soc Psychol Bull.* 2001;27:486–96. <https://doi.org/10.1177/0146167201274009>.
9. Blanchard FA, Crandall CS, Brigham JC, Vaughn LA. Condemning and condoning racism: a social context approach to interracial settings. *J Appl Psychol.* 1994;79:993–7. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.79.6.993>.
10. Blanchard FA, Lilly T, Vaughn LA. Reducing the expression of racial prejudice. *Psychol Sci.* 1991;2:101–5. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1991.tb00108.x>.
11. Monteith MJ, Deneen NE, Tooman GD. The effect of social norm activation on the expression of opinions concerning gay men and blacks. *Basic Appl Soc Psych.* 1996;18:267–88. https://doi.org/10.1207/s15324834basp1803_2.
12. Zitek EM, Hebl MR. The role of social norm clarity in the influenced expression of prejudice over time. *J Exp Soc Psychol.* 2007;43:867–76. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.10.010>.
13. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press; 1957.
14. Jolls C. Antidiscrimination law's effects on implicit bias. New Haven (CT): Yale Law School; 2005 (Yale Law and Economics Research Paper No. 343; <https://ssrn.com/abstract=959228>, accessed 20 September 2020).
15. Dasgupta N, Asgari S. Seeing is believing: exposure to counterstereotypic women leaders and its effect on the malleability of automatic gender stereotyping. *J Exp Soc Psychol.* 2004;40:642–58. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2004.02.003>.
16. O'Conneide C. Age discrimination and European law. Luxembourg: European Commission; 2005 (<https://www.equalitylaw.eu/component/edocman/age-discrimination-and-european-law-en/Download?Itemid=>, accessed 20 September 2020).
17. O'Conneide C. The growing importance of age equality. *Equal Rights Rev.* 2013;11:99–110 (<https://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/Colm%20O'Conneide%20ERR11.pdf>, accessed 20 September 2020).
18. Duncan C. The dangers and limitations of equality agendas as means for tackling old-age prejudice. *Ageing Soc.* 2008;28:1133–58. <https://doi.org/10.1017/S0144686X08007496>.
19. Basu S, Meghani A, Siddiqi A. Evaluating the health impact of large-scale public policy changes: classical and novel approaches. *Annu Rev Public Health.* 2017;38:351–70. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044208>.
20. Wing C, Simon K, Bello-Gomez RA. Designing difference in difference studies: best practices for public health policy research. *Annu Rev Public Health.* 2018;39:453–69. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013507>.
21. Duncan C, Loretto W. Never the right age? Gender and age-based discrimination in employment. *Gend Work Organ.* 2004;11:95–115. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2004.00222.x>.
22. Neumark D. The Age Discrimination in Employment Act and the challenge of population aging. *Res Aging.* 2009;31:41–68. <https://doi.org/10.3386/w14317>.
23. Niessen J, Masselot A, Larizza M, Landman T, Wallace C. Comparative analysis of existing impact assessments of anti-discrimination legislation: mapping study on existing national legislative measures – and their impact in – tackling discrimination outside the field of employment and occupation on the grounds of sex, religion or belief, disability, age and sexual orientation. Brussels: European Commission; 2006 (<http://hdl.handle.net/20.500.12389/19830>, accessed 20 June 2020).
24. Adams SJ. Age discrimination legislation and the employment of older workers. *Labour Econ.* 2004;11:219–41. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2003.06.001>.
25. Neumark D, Song J. Do stronger age discrimination laws make social security reforms more effective? *J Public Econ.* 2013;108:1–16. <https://doi.org/10.3386/w17467>.
26. Lahey J. State age protection laws and the Age Discrimination in Employment Act. *J Law Econ.* 2008;51:433–60. <https://doi.org/10.3386/w12048>.
27. Lahey JN. International comparison of age discrimination laws. *Res Aging.* 2010;32:679–97. <https://doi.org/10.1177/0164027510379348>.
28. Kapp M. Looking at age discrimination laws through a global lens. *Generations.* 2013;37:70–5 (<https://ssrn.com/abstract=2243721>, accessed 20 September 2020).
29. Ashenfelter O, Card D. Did the elimination of mandatory retirement affect faculty retirement? *Am Econ Rev.* 2002;92:957–80. <https://doi.org/10.1257/00028280260344542>.
30. Burstein P. Discrimination, jobs, and politics: the struggle for equal employment opportunity in the United States since the New Deal. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
31. Donohue JJ, Heckman J. Continuous versus episodic change: the impact of civil rights policy on the economic status of Blacks. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 1991 (NBER Working Paper No. 3894; <https://www.nber.org/papers/w3894.pdf>, accessed 20 September 2020).
32. Gunderson M. Male–female wage differentials and policy responses. *J Econ Lit.* 1989;27:46–72 (<http://www.jstor.org/stable/2726941>, accessed 20 September 2020).
33. Cassel D. Does international human rights law make a difference. *Chic J Int Law.* 2001;2:8 (<https://chicagounbound.uchicago.edu/cjil/vol2/iss1/8/>, accessed 20 September 2020).
34. Petersen CJ. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities: using international law to promote social and economic development in the Asia Pacific. *Univ Hawaii Law Rev.* 2013;35:821 (<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/uhawlr35&div=33&id=&page=>, accessed 20 September 2020).

35. Harpur P, Bales R. The positive impact of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a case study on the South Pacific and lessons from the US experience. *North Ky Law Rev.* 2010;37:363–88 (<https://ssrn.com/abstract=2000174>, accessed 15 June 2020).
36. Byrnes AC, Freeman M. The impact of the CEDAW convention: paths to equality. Sydney: University of New South Wales Law; 2012 (UNSW Law Research Paper No. 2012-7) <https://doi.org/10.2139/ssrn.2011655>.
37. Byrnes AC. The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women and the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: reflections on their role in the development of international human rights law and as a catalyst for national legislative and policy reform. Sydney: University of New South Wales Law; 2010 (UNSW Law Research Paper No. 2010-17; <https://ssrn.com/abstract=1595490>, accessed 20 September 2020).
38. Tang K-I. Combating racial discrimination: the effectiveness of an international legal regime. *Br J Soc Work.* 2003;33:17–29. <https://doi.org/10.1093/bjsw/33.1.17>.
39. Heyns C, Viljoen F. The impact of the United Nations human rights treaties on the domestic level. *Hum Rights Q.* 2001;23:483–535. <https://doi.org/10.1353/hrq.2001.0036>.
40. Hill DW. Estimating the effects of human rights treaties on state behavior. *J Politics.* 2010;72:1161–74. <https://doi.org/10.1017/s0022381610000599>.
41. Englehart NA, Miller MK. The CEDAW effect: international law's impact on women's rights. *J Hum Rights.* 2014;13:22–47. <https://doi.org/10.1080/14754835.2013.824274>.
42. Political declaration and Madrid International Plan of Action On Ageing. In: Report of the Second World Assembly on Ageing: Madrid, 8–12 April 2002. New York: United Nations; 2002 (<https://undocs.org/A/CONF.197/9>, accessed 7 September 2020).
43. Sidorenko AV, Mikhailova ON. Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the CIS countries: the first 10 years. *Adv Gerontol.* 2014;4:155–62. <https://doi.org/10.1134/S2079057014030060>.
44. Third review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002: preliminary assessment. Report of the Secretary-General. New York: Economic and Social Council of the United Nations; 2016 (https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/CN.5/2017/6, accessed 14 June 2020).
45. Second review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002: report of the Secretary-General. New York: Economic and Social Council of the United Nations; 2012 (<https://undocs.org/E/CN.5/2013/6>, accessed 14 June 2020).
46. First review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing: preliminary assessment. Report of the Secretary-General. New York: Economic and Social Council of the United Nations; 2007 (<https://undocs.org/E/CN.5/2008/7>, accessed 14 June 2020).
47. Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2000 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000L0078>, accessed 10 October 2020).
48. Meenan H. Age discrimination in Europe: late bloomer or wall-flower. *Nord Tidsskr Menneskerettigheter.* 2007;25:97–118.
49. Davies G. Activism relocated: the self-restraint of the European Court of Justice in its national context. *J Eur Public Policy.* 2012;19:76–91. <https://doi.org/10.1080/13501763.2012.632146>.
50. Annexes to the Joint Report on the application of the Racial Equality Directive (2000/43/EC) and the Employment Equality Directive (2000/78/EC). Brussels: European Commission; 2014 (Commission staff working document; <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014SC0005&from=en>, accessed 29 June 2020).
51. Georgantzi N. The European Union's approach towards ageism. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018:341–68. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_21, accessed 20 September 2020).
52. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – non-discrimination and equal opportunities: a renewed commitment {SEC(2008) 2172}. Brussels: European Commission; 2008 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0420&from=en>, accessed 14 June 2020).
53. Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Older Persons. Addis Ababa: African Commission on Human and People's Rights; 2016 (https://au.int/sites/default/files/treaties/36438-treaty-0051_-_protocol_on_the_rights_of_older_persons_e.pdf, accessed 26 June 2020).
54. Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Older Persons; status list. Addis Ababa: African Union; 2020 (<https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-older-persons>, accessed 26 June 2020).
55. Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons. Washington (DC): Organization of American States; 2015 (http://www.oas.org/en/sla/dil/docs/inter_american_treaties_A-70_human_rights_older_persons.pdf, accessed 28 June 2020).
56. Mikołajczyk B. International law and ageism. *Pol Yearb Int Law.* 2015;XXXV:83–108. <https://doi.org/10.7420/pyil2015c>.
57. Visit to Uruguay – report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2019 (https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/42/43/Add.1, accessed 25 June 2020).
58. Report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons, Rosa Kornfeld-Matte: addendum – mission to Mauritius. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2015 (https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/30/43/Add.3, accessed 23 June 2020).
59. World Programme of Action for Youth to the Year 2000 and Beyond. New York: United Nations; 1996 (Resolution A/RES/50/81; <https://undocs.org/A/RES/50/81>, accessed 20 September 2020).
60. Iberoamerican Convention on Rights of Youth (<https://www.refworld.org/docid/4b28eefe2.html>, accessed 20 September 2020).
61. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes y Protocolo Adicional: Tratado Internacional de Derechos de la Juventud (<https://oij.org/wp-content/uploads/2017/01/Convenci%C3%B3n.pdf>, accessed 20 September 2020).
62. Youth and human rights: report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York: United Nations; 2018 (<https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/HRC/39/33>, accessed 20 September 2020).
63. African Youth Charter. Addis Ababa: African Union Commission; 2006 (<https://au.int/en/treaties/african-youth-charter>, accessed 20 June 2020).

64. List of countries which have signed, ratified/acceded to the African Youth Charter. Addis Ababa: African Union; 2019 <https://au.int/sites/default/files/treaties/7789-sl-AFRICAN%20YOUTH%20CHARTER.pdf>, accessed 24 June 2020).
65. Havinga T. The effects and limits of anti-discrimination law in the Netherlands. *Int J Sociol Law*. 2002;30:75–90. [https://doi.org/10.1016/S0194-6595\(02\)00022-9](https://doi.org/10.1016/S0194-6595(02)00022-9).
66. Hepple B, Coussey M, Choudhury T. Equality: a new framework. Report of the Independent Review of the Enforcement of UK Anti-Discrimination Legislation. Oxford: Hart; 2000.
67. Zwingel S. How do international women's rights norms become effective in domestic contexts: an analysis of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) [dissertation]. Nuremberg: Ruhr-Universität Bochum; 2005 (<https://d-nb.info/97814287X/34>, accessed 25 September 2020).
68. Fisher RJ. Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *J Consum Res*. 1993;20:303–15. <https://doi.org/10.1086/209351>.
69. Neumayer E. Do international human rights treaties improve respect for human rights? *J Conflict Resolut*. 2005;49:925–53. <https://doi.org/10.1177/0022002705281667>.
70. Hafner-Burton EM, Tsutsui K. Justice lost! The failure of international human rights law to matter where needed most. *J Peace Res*. 2007;44:407–25. <https://doi.org/10.1177/0022343307078942>.
71. Report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons, Rosa Kornfeld-Matte. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2015 (<https://www.undocs.org/A/HRC/30/43>, accessed 20 September 2020).
72. Wilson N, Nghiem N, Foster R, Cobiac L, Blakely T. Estimating the cost of new public health legislation. *Bull World Health Organ*. 2012;90:532–9. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.097584>.
73. Tackling multiple discrimination: practices, policies, and laws. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=776&langId=en>, accessed 20 September 2020).
74. Frierson JG. Sex plus age discrimination: double jeopardy for older female employees. *J Individ Employ Rights*. 1997;6:155–166. <https://doi.org/10.2190/T09J-DL85-0P1A-CA9R>.
75. McLaughlin JS. Falling between the cracks: discrimination laws and older women. *Labour*. 2020;34:215–38. <https://doi.org/10.1111/labr.12175>.
76. Lynch KJ. Sex-plus-age discrimination: state law saves the day for older women. *ABA J Labor Employ Law*. 2015;31:149–70 (<https://www.jstor.org/stable/26410785?seq=1>, accessed 20 September 2020).
77. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE): tables of costs and prices used in WHO-CHOICE analysis. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<http://www.who.int/choice/costs/en>, accessed 29 June 2020).
78. Follow-up to the Second World Assembly on Ageing. New York: United Nations; 2011 (Resolution A/RES/65/182; <https://undocs.org/A/RES/65/182>, accessed 20 September 2020).
79. National institutions for the promotion and protection of human rights. New York: United Nations; 2016 (Resolution A/RES/70/163; <https://undocs.org/en/A/RES/70/163>, accessed 20 September 2020).
80. Follow-up to the Second World Assembly on Ageing. New York: United Nations; 2020 (Resolution A/RES/74/125; <https://undocs.org/en/A/RES/74/125>, accessed 25 September 2020).
81. Historical background of the establishment of the mandate. In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/Background.aspx>, accessed 24 September 2020).
82. Towards a comprehensive and integral international legal instrument to promote and protect the rights and dignity of older persons. New York: United Nations; 2013 (Resolution A/RES/67/139; <https://undocs.org/A/RES/67/139>, accessed 20 September 2020).
83. The impact of COVID-19 on older persons. New York: United Nations; 2020 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>, accessed 29 September 2020).
84. Rihoux B, Rezsöházy I, Bol D. Qualitative comparative analysis (QCA) in public policy analysis: an extensive review. *Ger Policy Stud*. 2011;7:9–82 (<https://spaef.org/article/1317/Qualitative-Comparative-Analysis-QCA-in-Public-Policy-Analysis-an-Extensive-Review>, accessed 29 September 2020).
85. Berg-Schlosser D, De Meur G, Rihoux B, Ragin CC. Qualitative comparative analysis (QCA) as an approach. In: Rihoux B, Ragin CC, editors. *Configurational comparative methods: qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2009:18–45.

07

ESTRATEGIA 2: INTERVENCIONES EDUCATIVAS

A close-up portrait of an elderly woman with her eyes closed, wearing a white headscarf and a patterned top. The image is overlaid with a semi-transparent blue filter.

**CELIN, 61,
HAÏTÍ**

“ No siento vergüenza de ser una persona mayor; es una etapa en la vida que es inevitable. Pienso que es necesario que enseñemos a las personas que es un error estigmatizar a las personas por su edad. ”

Celin, 61, Haití

©Joseph Jn-Florley / HelpAge International

Las intervenciones educativas incluyen la instrucción que transmite información, conocimientos y capacidades, así como actividades para mejorar la empatía mediante los juegos de roles, las simulaciones y la realidad virtual.

La investigación indica que las intervenciones educativas son unas de las estrategias más eficaces para reducir el edadismo contra las personas mayores. No se dispone de información sobre su eficacia para reducir el edadismo contra las personas jóvenes.

Estas intervenciones son factibles y asequibles.

Las intervenciones educativas tienen un papel importante que desempeñar en cualquier acción llevada a cabo para reducir el edadismo.

7.1 QUÉ SON Y CÓMO ACTÚAN

Las intervenciones educativas para reducir el edadismo son actividades diversas, que a menudo se combinan. Entre ellas se encuentra la instrucción que transmite información, conocimientos, capacidades y competencias destinadas a reducir los estereotipos, los prejuicios y la discriminación edadistas. Las intervenciones educativas también incluyen actividades destinadas a mejorar la empatía mediante la obtención de perspectiva, con el empleo, por ejemplo, de la simulación, los juegos de roles y la realidad virtual. Muchas intervenciones educativas también incluyen un elemento de contacto intergeneracional o se combinan con intervenciones de contacto intergeneracional plenamente desarrolladas (véase el apartado 7.2) (1, 2).

Las intervenciones educativas pueden aplicarse de forma presencial o en línea. La instrucción presencial y la instrucción en línea pueden incluir conferencias o módulos sobre el edadismo que se integran en cursos específicos (por ejemplo, en geriatría, gerontología o envejecimiento y salud) o bien cursos enteros que abordan el edadismo y forman parte de los planes de estudios (por ejemplo, en los estudios de medicina, enfermería y asistencia social). Las intervenciones educativas presenciales también pueden tener lugar durante el aprendizaje práctico para la prestación de servicios (es decir, aprendizaje combinado con servicio comu-

nitario para proporcionar una instrucción pragmática y una reflexión al tiempo que se satisfacen simultáneamente las necesidades de la comunidad), rotaciones clínicas o complementarias (por ejemplo, estudiantes que siguen a un médico en su labor) o tutorías (en las cuales una persona más experimentada y versada en la materia ayuda a orientar a una persona menos experimentada).

La mayoría de las intervenciones se han realizado en contextos educativos formales (es decir, escuelas, facultades, universidades), y solo unas pocas han tenido lugar en entornos de aprendizaje no formales (por ejemplo, en un centro de trabajo o en un centro comunitario) (3, 4).

Las intervenciones educativas cuyo objetivo principal es transmitir información y conocimientos parten del supuesto de que los estereotipos, los prejuicios y la discriminación son resultado de la ignorancia, una información mal interpretada, errores de concepto o un pensamiento simplista. Proporcionar información exacta y ejemplos que contradigan los estereotipos, así como aclarar los conceptos erróneos sobre un determinado grupo etario y enseñar a realizar análisis más complejos, permiten a las personas reconsiderar y actualizar sus creencias, sentimientos y comportamientos de forma consciente, y llevan a una reducción del edadismo (1, 5-9).

Las actividades que mejoran la empatía son un tipo de intervención educativa que se usa cada vez más para abordar el edadismo. Se entiende por empatía la capacidad de percibir las emociones de otras personas y de imaginar lo que otra persona puede estar pensando o sintiendo (10). Las actividades de mejora de la empatía tienen como objetivo generar una conciencia y una identificación con el sufrimiento de otra persona o grupo de personas, generalmente a través de ejercicios de obtención de perspectiva que se

emplean para contrarrestar los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

Estos ejercicios pretenden aumentar el compromiso emocional, la compasión y el deseo de ayudar. Estas intervenciones usan, por ejemplo, juegos de simulación o de roles, e inmersión en realidad virtual para permitir a los participantes imaginar o experimentar el mundo desde una perspectiva diferente, con lo que se cuestionan sus estereotipos y prejuicios (11-13).

Las intervenciones educativas para reducir el edadismo son actividades diversas, que a menudo se combinan. Entre ellas se encuentra la instrucción que transmite información, conocimientos, capacidades y competencias destinadas a reducir los estereotipos, los prejuicios y la discriminación edadistas.

La mayoría de las intervenciones educativas (tanto las que pretenden principalmente transmitir conocimientos como las que tienen como finalidad mejorar la empatía) se han centrado en el edadismo interpersonal, más que en el edadismo autoinfligido o en el edadismo institucional, y la mayoría de las intervenciones que se han evaluado se llevaron a cabo en países de ingresos altos.

7.2 QUÉ RESULTADOS DAN

Una revisión sistemática del 2019 en la que se incluyeron 23 intervenciones educativas destinadas a reducir el edadismo llegó a algunas conclusiones alentadoras (1). Se observó que las intervenciones educativas tenían un efecto pequeño o medio sobre

En el apartado 7.1 de este capítulo se describen las intervenciones educativas, que son la segunda estrategia para abordar el edadismo. El apartado 7.2 analiza la evidencia disponible respecto a su eficacia, y en el apartado 7.3 se presentan ejemplos de este tipo de intervención procedentes de diversos países. En este capítulo se presentan también, en el apartado 7.4, las características que pueden hacer que esta intervención sea más eficaz, así como sus costos.

las actitudes respecto al envejecimiento y las personas mayores (una diferencia media estandarizada de 0,34), incluidos los estereotipos y los prejuicios. También se identificó un efecto pequeño o medio sobre los conocimientos relativos al envejecimiento (una diferencia media estandarizada de 0,41), incluido un efecto sobre la información y los errores de concepto acerca del proceso de envejecimiento (1, 14, 15).

Es probable que las intervenciones educativas también consigan reducir el edadismo en los países de ingresos bajos y medianos, pero será necesario ponerlas a prueba en dichos países.

De las 23 intervenciones educativas incluidas en la revisión, 21 se realizaron en Estados Unidos, 1 en Australia y 1 en Taiwán (China), todos ellos países de ingresos altos (1).

Es probable que las intervenciones educativas también consigan reducir el edadismo en los países de ingresos bajos y medianos, pero será necesario ponerlas a prueba en dichos países. Esta revisión sistemática confirma los resultados de una revisión anterior de las intervenciones educativas destinadas a abordar el edadismo en los estudiantes, que sugirió que las intervenciones educativas modifican tanto las actitudes como los conocimientos relativos al edadismo (2). La revisión descarta también las observaciones no concluyentes de dos revisiones más antiguas y menos rigurosas de las intervenciones educativas, una de las cuales evaluó las repercusiones en los estudiantes de medicina y los médicos (16) y la otra en los profesionales de la salud (17).

7.3 EJEMPLOS

Hay cuatro ejemplos que ilustran diferentes tipos de intervenciones educativas de diversas partes del mundo. El primero, procedente de Irán, es una intervención educativa que incluye un elemento intergeneracional. El segundo y tercero, de Estados Unidos y Australia, se centran en intervenciones destinadas, respectivamente, a estudiantes de enseñanza secundaria y a estudiantes universitarios. Los tres se basan principalmente en la instrucción impartida en el aula. El último ejemplo es una actividad de mejora de la empatía que usó técnicas de realidad virtual para contrarrestar el edadismo en estudiantes universitarios en el Reino Unido.

7.3.1 Talleres y conversaciones en Irán

En la provincia de Mazandaran de Irán se llevó a cabo una intervención educativa con un elemento intergeneracional en estudiantes de enseñanza primaria, media, secundaria y universitaria.

La intervención constaba de diez talleres acerca del desarrollo humano a lo largo del curso de vida, e incluía conferencias, debates, películas y folletos, todo ello centrado en cuestiones importantes en cuanto al envejecimiento. La intervención también incluía conversaciones con personas mayores.

Antes de la intervención, se observó que los estudiantes de enseñanza primaria, media y secundaria mostraban un edadismo mayor que el de los estudiantes universitarios. La intervención condujo a unas puntuaciones inferiores en la Escala del Edadismo de Fraboni, lo cual indicaba un menor edadismo, en todos los grupos de estudiantes; y el descenso más notable fue el observado en la dimensión afectiva de la escala. El estudio reveló también que el edadismo

era más prominente en los estudiantes de enfermería y de medicina que en otros tipos de estudiantes universitarios (18).

7.3.2 Documentales sobre la vida de personas en Estados Unidos

En una intervención educativa presencial llevada a cabo en Estados Unidos, los estudiantes vieron y luego comentaron documentales sobre la vida de personas. Uno de ellos presentaba, por ejemplo, la vida de Sam Ballard y sus cuatro matrimonios; incluía sus reflexiones sobre encontrar el amor, perderlo y el significado del amor y de las relaciones a lo largo de su vida.

En otro se contaba la historia de Mary Starke Harper, una mujer afroestadounidense de Alabama, que se hizo psicóloga, especialista en ciencias sociales y enfermera; se le concedió un grado de derecho honorario; y fue asesora de seis presidentes sobre política e investigación en salud mental y envejecimiento.

Se observó que la intervención fortaleció la percepción de afinidad y pertenencia en relación con las personas mayores; el compromiso y el interés por ellas; y el entusiasmo por las personas y la impresión que estas les producían. También condujo a una reducción del antagonismo y la antipatía hacia las personas mayores y de la evitación de estas. Sin embargo, no comportó sentimientos más positivos respecto a las personas mayores (por ejemplo, "Me gustan las personas mayores" o "Tengo sentimientos positivos respecto a las personas mayores"), una mayor sensación de comodidad con ellas o una actitud menos discriminatoria respecto a ellas (19).

7.3.3 Intervención basada en el plan de estudios en Australia

Una intervención educativa presencial dirigida a estudiantes de enseñanza secundaria

de Australia constó de cuatro sesiones interactivas a intervalos semanales, con debates en grupo, juegos de distinto tipo, incluidos los juegos de roles, y estudios de casos. Se integró en el plan de estudios de salud y sociedad. Los estudiantes de enseñanza secundaria debían realizar también en su casa una tarea de practicar nuevas capacidades aprendidas con personas mayores de su entorno. Casi todos los estudiantes tenían contacto con personas mayores, como abuelos, otros familiares o amigos de la familia (20).

En la sesión 1 se alentó a los estudiantes a comentar lo que significa ser una persona mayor en la sociedad de hoy en día, con objeto de ayudarles a considerar las perspectivas de las personas mayores. La pregunta principal en esta sesión fue: "¿Qué podrían esperar de mí las personas mayores?"

La sesión 2 tuvo como objetivo aumentar la percepción de las propias actitudes y estereotipos edadistas. La pregunta principal en esta sesión fue: "¿Qué han hecho las personas mayores por la sociedad o cómo han contribuido a ella?" El objetivo era cuestionar las percepciones de los estudiantes sobre las personas mayores y ampliar su conocimiento de la vida de esas personas para ayudar a los estudiantes a ir más allá de los juicios precipitados acerca de si las personas mayores merecen o no un respeto.

En la sesión 3 se fomentó el respeto mutuo pidiendo a los adolescentes que reflexionaran sobre lo que querrían que las personas mayores comprendieran sobre ellos. La pregunta principal en esta sesión fue: "¿Qué me gustaría recibir de las personas mayores (para una interacción de respeto mutuo)?"

La sesión 4 tuvo como objetivo fomentar interacciones positivas y respetuosas entre los adolescentes y las personas mayores mediante la enseñanza de capacidades de

relación interpersonal. La pregunta principal en esta sesión fue: "¿Qué puedo hacer (es decir, cómo puedo comportarme) para aumentar las interacciones de respeto mutuo?" Esta sesión se diseñó para superar la tendencia de los adolescentes a evitar iniciar interacciones con personas mayores por temor a reacciones negativas e incertidumbre respecto a la forma de afrontarlas.

Esta intervención condujo a un mayor conocimiento y menos ideas falsas acerca de las personas mayores, un menor sesgo negativo, actitudes más positivas (incluidos los estereotipos) y una mejora de las capacidades sociales en relación con las personas mayores.

7.3.4 Realidad virtual en el Reino Unido

Un equipo de investigación del Reino Unido usó tres actividades de realidad virtual para fomentar la empatía respecto a las personas mayores en estudiantes universitarios (11). En la primera actividad, los estudiantes usaron una aplicación para crear una imagen visual de sí mismos como personas mayores. En la segunda, destinada a simular la experiencia de la exclusión y el aislamiento social que experimentan muchas personas mayores, los estudiantes usaron unos cascos de realidad virtual que les proporcionaron la experiencia de participar en una cena durante la cual no estaban incluidos en las interacciones. En la tercera actividad, se guio a los estudiantes a través de una experiencia de inmersión en la que realizaban varias tareas cotidianas del hogar de una persona mayor con un grado moderado de fragilidad (por ejemplo, preparar una bebida caliente, responder a una llamada en la puerta). Mediante la realidad virtual, se redujo la velocidad de sus movimientos y reacciones, se mitigó su capacidad auditiva y se les empañó la visión. Los estudiantes afirmaron que habían adquirido una mayor conciencia de las experiencias de

las personas mayores y una mayor empatía y respeto por ellas.

7.4 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES Y COSTOS

No se sabe qué subtipo de intervención educativa es más eficaz: la basada en la instrucción o la de aumento de la empatía. Tampoco se sabe qué características de cada subtipo (por ejemplo, instrucción en línea o en el aula; juego de roles, simulación o realidad virtual) se asocian a una mayor eficacia (véase el recuadro 7.1).

La presentación de información de una forma positiva puede ayudar a contrarrestar los estereotipos y prejuicios preexistentes acerca de las personas mayores.

Una de las dificultades existentes para establecer qué características se asocian a la eficacia es la heterogeneidad de las intervenciones educativas. Por ejemplo, aunque la mayoría de los estudios incluidos en la revisión sistemática se basaron en cursos y conferencias para transmitir información y conocimientos, algunos incluyeron también un elemento de contacto intergeneracional, juegos de roles o simulaciones. No obstante, varios estudios proporcionan algunas indicaciones sobre las características de las intervenciones educativas que pueden ser importantes, como se describe a continuación.

- Las dosis pequeñas a lo largo del tiempo pueden ser mejores que un

curso dedicado específicamente a la cuestión. En un estudio se compararon distintas formas de proporcionar la instrucción y se observó que tanto el aporte de la información mediante un curso específico a lo largo de un semestre como un método basado en transmitir la misma información a lo largo de todo el plan de estudios condujeron a mejoras de las actitudes respecto a las personas mayores, pero el segundo método obtuvo unos resultados marginalmente mejores que los de un curso específico (21).

- La presentación de información de una forma positiva puede ayudar a contrarrestar los estereotipos y prejuicios preexistentes acerca de las personas mayores. Una de las dificultades de las intervenciones educativas es lograr el equilibrio adecuado entre, por un lado, ser sincero y transparente acerca del envejecimiento y, por otro, no dar una imagen demasiado negativa de este que pueda acabar siendo contraproducente (22, 23). El riesgo es que, cuando se intentan presentar los aspectos tanto positivos como negativos del envejecimiento, los participantes puedan centrarse en las experiencias y la información que refuerzan sus estereotipos y prejuicios negativos preexistentes y recordar tan solo eso. Probablemente sea aconsejable pecar por exceso de positividad al elaborar intervenciones educativas, tal como sugiere la investigación realizada sobre la presentación de las personas mayores en estudios experimentales (que se examina en el capítulo 4). Los efectos de las intervenciones destinadas a reducir los estereotipos y los prejuicios tienden también a disiparse rápidamente cuando los estereotipos y prejuicios
- preexistentes son reactivados por la cultura circundante (6).
- Son necesarios debates en grupo o una capacitación en competencias para reforzar la educación. Los cambios en las actitudes hacia las personas mayores generados por la información por sí sola tiende a desvanecerse rápidamente a menos que sean reforzados por actividades posteriores, como los debates en grupo o la capacitación en competencias sociales (9, 24, 25).
- Los efectos del juego de roles pueden potenciarse con una reunión informativa posterior y haciendo que los estudiantes representen el rol de la persona mayor. En una revisión sistemática de intervenciones destinadas a mejorar la empatía en los estudiantes del ámbito de la atención de salud mediante actividades de representación de roles, se hicieron dos sugerencias. En primer lugar, es importante que los estudiantes representen el rol no solo del profesional de la salud sino también el de la persona mayor. En segundo lugar, la intervención debe incluir una reunión informativa posterior para permitir que los estudiantes traduzcan su experiencia en el juego de roles en comportamientos empáticos (26).
- Las características fundamentales de las intervenciones de realidad virtual eficaces incluyen conseguir que los participantes estén totalmente inmersos en una escena y sientan lo que es estar en el cuerpo de una persona mayor. Cuanto más efectiva es la simulación de estar en el mundo de la persona mayor y cuanto mayor es la sensación de que uno se encuentra realmente en

ese mundo (es decir, cuanto mayor es la sensación de inmersión), más empatía parece generarse. Y cuanto mayor es la impresión que tiene una persona de experimentar el mundo a través del cuerpo de otra persona (es decir, cuanto mayor es la percepción de encarnación en otro), mayor es la empatía generada (12).

- En una revisión de simulaciones basadas en realidad virtual empleadas para la capacitación de profesionales de la salud sobre las enfermedades mentales, se observó que estas intervenciones parecen tener una mayor repercusión en la empatía de las personas que tienen una base de co-

nocimientos de atención de salud, en comparación con las que no la tienen (27). Esta revisión destaca también la falta de consenso en cuanto al contenido óptimo de tales intervenciones y en cuanto a los protocolos para su aplicación; estas cuestiones son pertinentes también para las intervenciones de realidad virtual utilizadas para reducir el edadismo.

La evidencia disponible indica que las intervenciones educativas son eficaces para reducir el edadismo y parecen ser asequibles.

Recuadro 7.1

Oportunidades de investigación sobre intervenciones educativas, intergeneracionales y combinaciones de los dos tipos

Las observaciones relativas a las intervenciones educativas, las intervenciones de contacto intergeneracional y las intervenciones combinadas educativas y de contacto intergeneracional se basan en una revisión sistemática y metanálisis de alta calidad que se encargó para realizar este informe: este es el primer metanálisis realizado en este campo (1). La revisión incluyó 63 estudios y se realizó siguiendo lo establecido en las directrices PRISMA (29). Se realizó una búsqueda en un total de 14 bases de datos electrónicas, y se evaluó cuidadosamente la calidad de cada uno de los estudios, así como el conjunto de la evidencia aportada por cada estudio para cada uno de los parámetros de valoración de los resultados.

Sin embargo, la calidad de los estudios subyacentes no fue alta. Tan solo seis de los 63 estudios fueron ensayos clínicos aleatorizados. En más de la mitad de los estudios se consideró que había un riesgo elevado de sesgo respecto a cuatro o más de las seis dimensiones utilizadas en la herramienta de valoración del riesgo de sesgo Cochrane. Se usó el método GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*) para evaluar la calidad del conjunto de la evidencia aportada por los diversos estudios respecto a cada uno de los parámetros de valoración del edadismo: la calidad global se consideró moderada para tres de los parámetros y baja o muy baja para los otros dos (30). En el futuro, los investigadores deberán intentar realizar estudios de mayor calidad y con un menor riesgo de sesgo.

Las características esenciales de las intervenciones deben definirse también con mayor rigor, lo que: a) permitirá optimizar las intervenciones, b) ayudará a establecer qué características contribuyen a la eficacia cuando se combinan dos o más intervenciones, y c) proporcionará una cierta orientación sobre las características de una estrategia que son fundamentales para su eficacia, especialmente en un nuevo contexto en el que no es posible volver a poner a prueba las intervenciones. La lista de verificación y la guía de la Plantilla para la Descripción y Replicación de las Intervenciones (31) fueron elaboradas por un equipo internacional de expertos con la finalidad de fomentar la descripción completa y exacta de las intervenciones. Recomendamos a los investigadores que usen esta lista de verificación y guía a la hora de planificar y presentar evaluaciones de intervenciones destinadas a reducir el edadismo.

El *Aging Game* es una de las pocas intervenciones educativas que se ha observado que resulta eficaz y cuyo costo se ha calculado (23, 28). En el *Aging Game*, los estudiantes de medicina experimentan déficits físicos, sensoriales y cognitivos simulados, que tienden a aumentar con la edad. La intervención dura medio día y participan en ella unos 30 estudiantes a la vez. Se calcula que cuesta alrededor de 33 dólares por taller y estudiante, lo cual es relativamente asequible. El conocimiento del costo de las intervenciones eficaces es importante. Sin estimaciones exactas y comparables del costo, no es posible calcular la costo-efectividad de las intervenciones. Serán necesarias estimaciones más exactas de los costos de las intervenciones educativas.

la empatía entre las que se encuentran los juegos de simulación y los juegos de roles y la inmersión en realidad virtual. Las intervenciones educativas y las actividades de contacto intergeneracional son algunas de las intervenciones más eficaces para reducir el edadismo y ambas dan buenos resultados cuando se emplean de forma combinada (véase el capítulo 8).

Las prioridades futuras para las intervenciones educativas deberán incluir:

- la elaboración, puesta a prueba y aplicación a mayor escala de las intervenciones educativas en todos los países para reducir el edadismo contra las personas mayores, pero en especial en los países de ingresos bajos y medianos, en los que son muy poco frecuentes, en contextos de educación tanto formales (por ejemplo, escuelas, institutos, universidades) como no formales (por ejemplo, lugares de trabajo);
- la elaboración, puesta a prueba y aplicación a mayor escala de las intervenciones educativas que reducen el edadismo autoinfligido y el edadismo institucional, de las que hay pocas disponibles;

7.5 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

La evidencia disponible indica que las intervenciones educativas son eficaces para reducir el edadismo y parecen ser asequibles. Sin embargo, estas intervenciones son muy heterogéneas. Abarcan tipos diferentes de intervenciones, como las destinadas a transmitir información y conocimientos en las aulas o en línea y actividades de mejora de

- la descripción de las características de las intervenciones de una manera estandarizada, de modo que las intervenciones puedan ser reproducidas con mayor facilidad y se identifiquen mejor sus características esenciales (véase el [recuadro 7.1](#));
- el cálculo del costo y la costo-efectividad de las intervenciones educativas allí donde se carezca de tales estimaciones.

REFERENCIAS

1. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr., Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2019;109:e1-9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>.
2. Chonody JM. Addressing ageism in students: a systematic review of the pedagogical intervention literature. *Educ Gerontol*. 2015;41:859–87. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1059139>.
3. Formal, non-formal and informal learning. In: Council of Europe, Linguistic Integration of Adult Migrants [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2020 (<https://www.coe.int/en/web/lang-migrants/formal-non-formal-and-informal-learning>, accessed 24 September 2020).
4. Recognition of non-formal and informal learning. In: Organisation for Economic Co-operation and Development [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 (<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/recognitionofnon-formaland-informallearning-home.htm>, accessed 24 September 2020).
5. Dasgupta N. Mechanisms underlying the malleability of implicit prejudice and stereotypes. In: Nelson TD, editor. *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. New York: Psychology Press; 2009:267–84.
6. FitzGerald C, Martin A, Berner D, Hurst S. Interventions designed to reduce implicit prejudices and implicit stereotypes in real world contexts: a systematic review. *BMC Psychol*. 2019;7:29. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0299-7>.
7. Lai CK, Marini M, Lehr SA, Cerruti C, Shin JE, Joy-Gaba JA, et al. Reducing implicit racial preferences: I. A comparative investigation of 17 interventions. *J Exp Psychol Gen*. 2014;143:1765–85. <https://doi.org/10.1037/a0036260>.
8. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol*. 2009;60:339–67. [doi10.1146/annurev.psych.60.110707.163607](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607).
9. Ragan AM, Bowen AM. Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. *Gerontologist*. 2001;41:511–5. <https://doi.org/10.1093/geront/41.4.511>.
10. What is empathy? In: Greater Good Magazine [website]. Berkeley (CA): University of California at Berkeley, Greater Good Science Center; 2020 (<https://greatergood.berkeley.edu/topic/empathy/definition>, accessed 2 August 2020).
11. Hudson J, Waters T, Holmes M, Agris S, Seymour D, Thomas L, et al. Using virtual experiences of older age: exploring pedagogical and psychological experiences of students. In Hudson J, Kerton R, editors. *Proceedings of the Virtual and Augmented Reality to Enhance Learning and Teaching in Higher Education Conference 2018*. Chichester (UK): IM Publications Open; 2019:61–72. <https://doi.org/10.1255/vrar2018.ch7>.
12. Louie AK, Coverdale JH, Balon R, Beresin EV, Brenner AM, Guerrero APS, et al. Enhancing empathy: a role for virtual reality? *Acad Psychiatry*. 2018;42:747–52. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0995-2>.
13. Oh SY, Bailenson J, Weisz E, Zaki J. Virtually old: embodied perspective taking and the reduction of ageism under threat. *Comput Hum Behav*. 2016;60:398–410. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.007>.
14. Lipsey MW, Wilson DB. *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2001.
15. Rosenthal JA. Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *J Soc Serv Res*. 1996;21:37–59. https://doi.org/10.1300/J079v21n04_02.

16. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Knight A. Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61:1188–96. <https://doi.org/10.1111/jgs.12312>.
17. Brown CA, Kother DJ, Wielandt TM. A critical review of interventions addressing ageist attitudes in healthcare professional education. *Can J Occup Ther.* 2011;78:282-93. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.5.3>.
18. Sum S, Emamian S, Sefidchian A. Aging educational program to reduce ageism: intergenerational approach. *Elder Health J.* 2016;2:33–8.
19. Yamashita T, Hahn SJ, Kinney JM, Poon LW. Impact of life stories on college students' positive and negative attitudes toward older adults. *Gerontol Geriatr Educ.* 2018;39:326–40. <https://doi.org/10.1080/02701960.2017.1311884>.
20. Mellor D, McCabe M, Rizzuto L, Gruner A. Respecting our elders: evaluation of an educational program for adolescent students to promote respect toward older adults. *Am J Orthopsychiatry.* 2015;85:181–90. <https://doi.org/10.1037/ort0000041>.
21. Jansen DA, Morse WA. Positively influencing student nurse attitudes toward caring for elders: results of a curriculum assessment study. *Gerontol Geriatr Educ.* 2004;25:1–14. https://doi.org/10.1300/J021v25n02_01.
22. Merz CC, Stark SL, Morrow-Howell NL, Carpenter BD. When I'm 64: effects of an interdisciplinary gerontology course on first-year undergraduates' perceptions of aging. *Gerontol Geriatr Educ.* 2018;39:35–45. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1144600>.
23. Pacala JT, Boulton C, Hepburn K. Ten years' experience conducting the Aging Game workshop: was it worth it? *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:144–9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00531.x>.
24. Intrieri RC, Kelly JA, Brown MM, Castilla C. Improving medical students' attitudes toward and skills with the elderly. *Gerontologist.* 1993;33:373–8. <https://doi.org/10.1093/geront/33.3.373>.
25. Yu CY, Chen KM. Experiencing simulated aging improves knowledge of and attitudes toward aging. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:957–61. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03950.x>.
26. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning empathy through simulation: a systematic literature review. *Simul Health Care.* 2015;10:308–19. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000113>.
27. Wan WH, Lam AHY. The effectiveness of virtual reality-based simulation in health professions education relating to mental illness: a literature review. *Health.* 2019;11:646–60. <https://doi.org/10.4236/health.2019.116054>.
28. Pacala JT, Boulton C, Bland C, O'Brien J. Aging Game improves medical students' attitudes toward caring for elders. *Gerontol Geriatr Educ.* 1995;15:45–57. https://doi.org/10.1300/J021v15n04_05.
29. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Med.* 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
30. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336:924–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>.
31. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ.* 2014;348:g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>.

08

ESTRATEGIA 3: INTERVENCIONES DE CONTACTO INTERGENERACIONAL

“ Pienso que es importante que la sociedad entera, y el gobierno en particular, se centren en generar una comprensión mutua entre las personas jóvenes y las personas mayores. ”

Olipcia, 74, Haití

©Joseph Jn-Florley / HelpAge International

**OLIPCIA, 74,
HAITÍ**

Las intervenciones de contacto intergeneracional tienen como finalidad fomentar la interacción entre diferentes generaciones.

La investigación indica que las intervenciones de contacto intergeneracional y las intervenciones educativas son de las más eficaces para reducir el edadismo contra las personas mayores, y son también prometedoras para reducir el edadismo contra las personas jóvenes.

Las intervenciones que combinan la educación y el contacto intergeneracional dan también buenos resultados para reducir el edadismo contra las personas mayores y tienen un efecto sobre las actitudes ligeramente superior al que muestran las intervenciones de contacto intergeneracional por sí solas, aunque tienen pocos efectos sobre los conocimientos acerca del envejecimiento.

Las intervenciones de contacto intergeneracional deben formar parte de cualquier esfuerzo integral destinado a reducir el edadismo, junto con las políticas y leyes y las intervenciones educativas pertinentes.

8.1 QUÉ SON Y CÓMO ACTÚAN

Las intervenciones de contacto intergeneracional tienen como finalidad fomentar la interacción entre personas de diferentes generaciones y son una estrategia importante para abordar el edadismo. Habitualmente consisten en reunir a personas mayores y personas jóvenes para trabajar conjuntamente en tareas que fomentan la relación y la comprensión intergeneracionales (1).

Las actividades de contacto intergeneracional se dividen a menudo en las que comportan un contacto directo y las que utilizan un contacto indirecto. El contacto directo incluye una interacción presencial, que puede darse en diversos contextos, como la participación conjunta de personas mayores y jóvenes en juegos, tareas de jardinería, arte o musicoterapia; la enseñanza mutua; las visitas de personas jóvenes a residencias o la prestación de servicios con personas mayores; la realización de entrevistas amplias o debates por parte de personas mayores con personas jóvenes o viceversa; o que personas mayores y personas jóvenes vivan juntas, a lo que se denomina a veces "hogares com-

partidos". Entre las actividades de contacto intergeneracional directo más frecuentes se encuentran los programas a nivel escolar. Esto puede consistir en encuentros de personas mayores con los estudiantes una vez por semana durante una o dos horas, por ejemplo, para explicar cosas, pintar juntos o poner en común recetas y cocinar juntos.

Las amistades intergeneracionales y el contacto entre abuelos y nietos son también formas de contacto intergeneracional directo que es posible que permitan reducir el edadismo (2). Gracias a la mayor longevidad, en la actualidad hay más personas jóvenes que viven con sus abuelos que nunca en la historia. Las relaciones con los abuelos proporcionan también a muchos jóvenes su primer y más frecuente contacto con las personas mayores (1). Los hogares con un salto generacional, en los que los nietos viven con sus abuelos, son frecuentes en algunas partes del mundo (por ejemplo, África, Europa Oriental, América Latina y el Caribe), ya sea porque los niños son huérfanos porque sus padres tuvieron sida o porque los padres emigraron para buscar trabajo (3).

Aunque la amistad y el contacto intergeneracional entre abuelos y nietos no constituye, en sentido estricto, una intervención, y hasta la fecha no hay ningún estudio que haya examinado el efecto del contacto o la amistad intergeneracional entre nietos y abuelos sobre el edadismo como objetivo principal, esto se aborda en este apartado debido a su importancia.

Las intervenciones de contacto intergeneracional indirectas comportan que los participantes entren en contacto con otro grupo etario sin un encuentro directo o presencial. A veces se diferencia el contacto indirecto ampliado del imaginado. El contacto indirecto ampliado se produce cuando, por ejemplo, se sabe que un amigo de edad similar tiene amigos de otro grupo etario. Se basa en la

idea de que los amigos de mis amigos son mis amigos. El contacto indirecto imaginado se da cuando se pide a una persona que imagine tener un encuentro positivo con una persona de otro grupo etario (2).

La teoría del contacto intergrupar explica de qué forma actúan las intervenciones de contacto intergeneracional para reducir el edadismo. La facilitación del contacto entre grupos en condiciones óptimas reduce los prejuicios intergrupales y, en menor medida, los estereotipos, al reducir la ansiedad acerca del contacto intergrupar y aumentar la obtención de perspectiva y la empatía (4, 5).

Las condiciones óptimas se dan cuando ambos grupos tienen un mismo estatus y unos objetivos comunes, y cuando hay una cooperación intergrupar y un apoyo de las autoridades, la ley o las costumbres (2, 4-6) (véase el recuadro 4.1 del capítulo 4). Las evaluaciones de las intervenciones basadas en esta teoría, que han incluido intervenciones para reducir el edadismo, demuestran que los efectos del contacto intergrupar pueden generalizarse más allá de los participantes inmediatos en la intervención para llegar a la totalidad del grupo externo (4, 5).

8.2 QUÉ RESULTADOS DAN

Las estrategias de contacto intergeneracional, junto con las intervenciones educativas, son unas de las intervenciones más eficaces para la reducción del edadismo contra las personas mayores.

Cada vez hay más evidencia que indica que las intervenciones basadas en el contacto intergeneracional reducen el edadismo contra las personas mayores. En una revisión sistemática en la que se incluyeron evaluaciones de 21 intervenciones de contacto intergeneracional diferentes destinadas a reducir el edadismo contra las personas

En este capítulo se aborda otra estrategia eficaz para eliminar el edadismo: las intervenciones de contacto intergeneracional.

En el apartado 8.1 se describe esta intervención y el modo en el que aborda el edadismo. El apartado 8.2 analiza la evidencia disponible sobre su eficacia, y en el apartado 8.3 se presentan ejemplos reales de este tipo de intervención. En el apartado 8.4 se resume la evidencia disponible acerca de los factores que pueden hacer que esta intervención sea más eficaz y reducir sus costos.

mayores se observó que tuvieron un efecto pequeño sobre las actitudes (una diferencia media estandarizada de 0,18), incluidos los estereotipos y los prejuicios (7). También indicó que estas intervenciones tenían un efecto moderado sobre los conocimientos (una diferencia media estandarizada de 0,53), incluida la información y los errores de concepto acerca del proceso del envejecimiento (véase el **recuadro 7.1** del capítulo 7).

Todos los estudios incluidos en la revisión procedían de países de ingresos altos, excepto uno de China, un país de ingresos medianos-altos (7). Así pues, aunque hay algún fundamento para suponer que estas intervenciones darán resultado también en los países de ingresos bajos y medianos, no es seguro que sea así (8-11). La revisión sistemática evaluó también los efectos de las intervenciones que combinaban actividades educativas y actividades de contacto intergeneracional (véase el **recuadro 8.1**).

En la revisión, tan solo dos de las 40 intervenciones de contacto intergeneracional e intervenciones combinadas de contacto intergeneracional y educativas se centraron en la ansiedad respecto al propio envejecimiento de los participantes, que está relacionado con el edadismo dirigido autoinflingido. Y ninguna abordó el edadismo institucional (7).

Los resultados de esta revisión sistemática confirman los resultados de revisiones anteriores. Por ejemplo, en una revisión sistemática de las intervenciones que han puesto a prueba la teoría del contacto intergrupar, en la que se incluyeron 54 estudios que examinaron los prejuicios contra las personas mayores, se observó que las intervenciones eran eficaces (5), al igual que ocurrió en otra revisión de programas de contacto intergeneracional (2).

Aunque tan solo se dispone de evidencia limitada acerca de la eficacia de estas intervenciones para reducir el edadismo contra

las personas jóvenes, parecen prometedoras (**recuadro 8.2**).

Es importante destacar que el contacto intergeneracional aporta otros beneficios además de reducir el edadismo. Por ejemplo, para las personas mayores, puede comportar una mejora de la salud y el bienestar psicosocial, y un aumento de la autoestima, y puede reducir la angustia y la soledad, llevar a una mayor percepción de conexión social y fortalecer la solidaridad intergeneracional (2, 20, 21).

8.3 EJEMPLOS

El primero de los cuatro ejemplos de intervenciones de contacto intergeneracional presentados en este apartado es el de personas jóvenes y personas mayores que juegan videojuegos juntas en Singapur. El segundo ejemplo, de la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China, describe una forma de aprendizaje de servicios para estudiantes de enfermería y de medicina. El tercer ejemplo consiste en una intervención realizada en Portugal en la que los estudiantes participaron en un contacto intergeneracional sostenido compartiendo su hogar con personas mayores. El último ejemplo incluye tan solo un contacto intergeneracional breve e imaginado en estudiantes del Reino Unido.

8.3.1 Videojuegos en Singapur

Esta intervención intergeneracional llevada a cabo en Singapur incluyó un contacto directo entre personas mayores y personas jóvenes que formaron parejas para jugar videojuegos en seis ocasiones a lo largo de dos meses. Las personas mayores participantes fueron reclutadas en centros de actividad de la comunidad local y tenían una edad promedio de 76 años; las personas jóvenes participantes fueron reclutadas en escuelas locales y tenían una edad promedio de 17 años.

Intervenciones educativas y de contacto intergeneracional combinadas

Las intervenciones educativas y las de contacto intergeneracional se llevan a cabo a menudo de forma conjunta. Un total de 19 de los 63 estudios incluidos en una revisión sistemática encargada para este informe incluían intervenciones combinadas de este tipo (7).

Las intervenciones que combinaban la educación con el contacto intergeneracional tuvieron un efecto sobre las actitudes respecto a las personas mayores, incluidos los estereotipos y los prejuicios, ligeramente mayor (diferencia media estandarizada de 0,43), en comparación con las intervenciones que utilizaron tan solo el contacto intergeneracional (diferencia media estandarizada de 0,18). Sin embargo, no hubo ninguna diferencia en el efecto sobre las actitudes al comparar las intervenciones que combinaban la educación y el contacto intergeneracional con las que utilizaban solamente la educación. Tampoco hubo diferencia alguna en los efectos sobre las actitudes al comparar las intervenciones tan solo educativas con las que tan solo empleaban el contacto intergeneracional. Además, las intervenciones combinadas no mostraron un efecto significativo sobre los conocimientos, mientras que las intervenciones solamente educativas y las que solamente empleaban el contacto intergeneracional sí tuvieron un efecto, pequeño y moderado respectivamente, sobre los conocimientos (7, 12, 13).

En otros análisis se combinaron los datos de las intervenciones de tan solo educación, tan solo contacto intergeneracional y combinadas, y se obtuvieron resultados notables (7). Los análisis revelaron que, si bien estas intervenciones tenían un efecto pequeño sobre las actitudes y los conocimientos en los grupos etarios de enseñanza secundaria y de enseñanza universitaria, no fueron eficaces para mejorar las actitudes en los niños de preescolar y de enseñanza primaria. Ninguno de los estudios examinó su efecto sobre los conocimientos en estudiantes de preescolar y de enseñanza primaria. Los análisis pusieron también de manifiesto que la dosis de la intervención no guardaba relación con las mejoras de las actitudes o los conocimientos. Por último, las intervenciones parecieron aumentar también el grado de confort de las personas jóvenes participantes al interactuar con los adultos, pero no parecían tener efecto alguno sobre sus actitudes prejuiciosas respecto a su propio envejecimiento (lo cual es un indicador indirecto del edadismo autoinflingido).

Dieciocho de las 19 intervenciones combinadas incluidas en la revisión se llevaron a cabo en Estados Unidos y una en Canadá (7). Por consiguiente, no podemos estar completamente seguros de que estos resultados acerca de las intervenciones combinadas sean válidos para los países de ingresos bajos y medianos.

Ejemplo: programa de educación positiva acerca del envejecimiento y experiencias de contacto de Estados Unidos

El programa de educación positiva acerca del envejecimiento y experiencias de contacto (PEACE, por su sigla en inglés) es un caso de intervención combinada educativa y de

contacto intergeneracional para reducir el edadismo, destinado a personas jóvenes y aplicado en línea (14). La intervención consistió en la presentación de una serie de afirmaciones ciertas/falsas acerca del envejecimiento y las personas mayores. Por ejemplo, los participantes debían decidir si la afirmación de que "la depresión es más frecuente en las personas mayores que en las personas jóvenes" era cierta o falsa. Para el componente educativo, se proporcionaron las respuestas correctas y explicaciones acompañantes después de que el participante hubiera respondido a las preguntas.

El componente de contacto fue un contacto ampliado indirecto y consistió en una respuesta adicional a la pregunta sobre la depresión que describía una relación intergeneracional de una forma positiva: "Max (de 22 años de edad) ... admira la visión de la vida que tiene Carlos y espera ser más como él ..."

Cuando fue evaluada, se vio que esta intervención en línea sencilla, fácil de aplicar y presumiblemente poco costosa mejoró las actitudes hacia las personas mayores y los conocimientos acerca del envejecimiento. Brinda la posibilidad de desarrollarla para elaborar una intervención más completa y de aplicarla de manera amplia en línea para reducir el edadismo. En una evaluación del programa PEACE se observó que la intervención combinada no era en general más eficaz para reducir los resultados de edadismo que cada componente de educación o de contacto intergeneracional por sí solo (14).

Tanto las personas jóvenes como las mayores que participaron conjuntamente en los videojuegos describieron cambios más favorables en la ansiedad intergrupala (por ejemplo, se sintieron menos incómodos y cohibidos y más seguros al interactuar con miembros del otro grupo) y en las actitudes (por ejemplo, en las medidas a lo largo de las dimensiones de necio-inteligente, aburrido interesante e inactivo-activo) en comparación con lo observado en las personas que no participaron juntas en los videojuegos. Los resultados indicaron que el disfrute del juego desempeñaba un papel importante en la reducción de la ansiedad intergeneracional y la mejora de las actitudes en las personas mayores pero no en las personas jóvenes (16).

8.3.2 Aprendizaje de servicios en la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China

Esta intervención, destinada a estudiantes de enfermería y de medicina de la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China, constó de tres componentes: un taller introductorio de medio día, un período de interacción de 10 semanas y una sesión de participación intergeneracional de medio día. Durante el período de interacción, se emparejó a personas mayores con estudiantes para que encontraran objetivos de aprendizaje mutuos (por ejemplo, sobre los cambios asociados a la edad, el reto de la enfermedad crónica en las personas mayores o un estilo de vida saludable en la etapa avanzada de la vida). Luego las personas emparejadas se reunieron durante una o dos horas por semana. Trataron temas como los

cambios asociados a la edad, el reto de la enfermedad crónica en las personas mayores y el estilo de vida saludable en la etapa avanzada de la vida. El objetivo fue que los estudiantes jóvenes aprendieran acerca de la realidad del envejecimiento y de cómo lo afrontaban sus compañeros mayores.

La intervención aumentó el conocimiento general de los estudiantes de medicina y enfermería sobre el envejecimiento, así como su comprensión de las necesidades de salud mental de las personas mayores, y redujo sus actitudes negativas hacia ellas (22).

8.3.3 Hogar compartido en Portugal

El programa Aconchego, que comenzó en Portugal en el 2004, promueve el contacto intergeneracional directo y sostenido. En este programa, las personas mayores proporcionan vivienda a estudiantes universitarios y, a cambio de ello, los estudiantes les ayudan a aliviar su soledad y aislamiento.

Este programa empareja cuidadosamente a personas mayores que viven solas con es-

tudiantes que necesitan alojamiento, prestando mucha atención a las expectativas, los intereses y los antecedentes personales de ambos. Al principio, la demanda del programa procedió principalmente de los estudiantes que buscaban alojamiento, pero con el tiempo, a medida que las personas mayores se fueron familiarizando con el programa y confiando más en él, hubo un aumento de la demanda por su parte. El programa comenzó en Oporto, una ciudad con una gran población de estudiantes y de personas mayores; luego se replicó en Lisboa y en Coimbra, otras dos ciudades con muchos estudiantes. Aunque el programa de Aconchego ha sido objeto de un seguimiento cuidadoso, no se ha evaluado su repercusión en el edadismo (23, 24).

Este modelo se ha extendido a 16 países, como Australia, Bélgica, Canadá y República de Corea; se le denomina a veces hogar compartido (25). Aunque se han realizado algunas evaluaciones cualitativas de los programas de hogar compartido (26), no se ha llevado a cabo ninguna evaluación rigurosa para determinar su repercusión en el edadismo.

Recuadro 8.2

Intervenciones de contacto intergeneracional para reducir el edadismo contra las personas jóvenes

La evidencia disponible es prometedora en lo que respecta a la eficacia del empleo de estrategias de contacto intergeneracional para reducir el edadismo contra las personas jóvenes. Una revisión rápida realizada para este informe identificó cinco estudios en los que se evaluó la eficacia de estas estrategias mediante el empleo de un diseño con un grupo comparativo (aleatorizado o no) (15-19). En todos estos estudios se examinó el edadismo contra las personas jóvenes y el dirigido contra las personas mayores. Cuatro de los estudios revelaron que estas intervenciones dan resultado para reducir las actitudes edadistas hacia las personas jóvenes (15-17, 19), mientras que en uno se observó que no comportaba diferencia alguna (18).

Ejemplo: El programa intergeneracional de crecimiento y vinculación de personas jóvenes con personas mayores de la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China.

Un ejemplo de intervención de este tipo es el programa intergeneracional de crecimiento y vinculación de personas jóvenes con personas mayores de la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China.

Este programa tuvo como objetivo combatir los estereotipos asociados a la edad y facilitar las interacciones positivas entre las personas jóvenes y las personas mayores de la Región Administrativa Especial de Hong Kong de China (19). Constó de seis sesiones que reunieron a 167 personas mayores de los servicios sociales de la comunidad y 179 personas jóvenes de escuelas secundarias. El programa fue dirigido por asistentes sociales que se habían especializado en el trabajo con personas jóvenes y personas mayores.

La primera etapa (etapa de creación) constó de dos rondas de capacitación de los asistentes sociales seleccionados para aplicar la intervención. La segunda etapa (denominada etapa de estimulación) proporcionó a los participantes información para ayudarles a conocerse unos a otros. Esta etapa constó de dos sesiones de 2 horas, una para las personas mayores y una para las personas jóvenes. Las personas mayores vieron un video sobre el desarrollo de la juventud para comprender mejor las necesidades de las personas jóvenes contemporáneas, y las personas jóvenes participaron en ejercicios en los que se simulaban los deterioros que pueden sufrir las personas mayores (por ejemplo, visión borrosa). La tercera etapa (denominada etapa de consolidación) constó de dos sesiones de un día de duración cada una, a las que asistieron los dos grupos juntos. En la primera se establecieron los objetivos colectivos (es decir, definir lugares de interés turístico apropiados para ambas generaciones) y en la segunda se alcanzaron esos objetivos (es decir, visitar juntos esos lugares). Tras ello hubo otras dos sesiones adicionales de 2 horas cada una, en las que las personas mayores y las personas jóvenes participaron juntas en la preparación, ensayo y realización de presentaciones de grupo sobre los lugares visitados.

En la evaluación se observaron cambios positivos en las actitudes intergeneracionales, un aumento de la sensación de confort con los participantes de una generación distinta, y un aumento de las interacciones tanto por parte de las personas jóvenes como de las personas mayores. Sin embargo, los cambios fueron generalmente mayores en los participantes jóvenes que en los participantes mayores (19).

8.3.4 Intervención de contacto imaginado en el Reino Unido

Se utilizó una intervención breve basada en una forma de contacto intergeneracional indirecto e imaginado con el objetivo de reducir las actitudes negativas tanto explícitas como implícitas hacia las personas mayores en estudiantes de pregrado del Reino Unido.

Se indicó a los estudiantes que dedicaran dos minutos a imaginar un encuentro por primera vez con una persona mayor desconocida. Se les pidió también que imaginaran que averiguaban algo interesante e inesperado sobre esa persona.

Esta intervención sencilla y de bajo costo produjo una reducción tanto de las actitudes negativas explícitas hacia las personas mayores (por ejemplo, los estudiantes manifestaron menos frialdad, suspicacia y hostilidad) como del sesgo implícito favorable a las personas jóvenes en comparación con las personas mayores. Sin embargo, los autores señalan que es probable que el contacto imaginado tenga unos efectos menos potentes y duraderos que los de un contacto intergeneracional presencial directo (27).

8.4 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES Y COSTOS

Varios estudios han proporcionado indicios acerca de los factores que contribuyen a producir la efectividad de un contacto intergeneracional, como el de abuelos y nietos y el de amigos de generaciones diferentes.

- Según la teoría del contacto intergrupal, una de las condiciones óptimas para las actividades de contacto inter-

generacional es la de asegurar que los grupos tengan un mismo estatus. Una característica común de los programas que han resultado ineficaces para reducir el edadismo presente en las personas jóvenes contra las personas mayores parece ser el hecho de que el estatus de unas y otras sea diferente. La diferencia de estatus puede surgir cuando las tareas favorecen las capacidades de un grupo frente a las del otro o cuando el número es distinto en los diferentes grupos etarios o hay niveles diferentes de familiarización con el entorno. Por ejemplo, una intervención que se lleva a cabo en una escuela, con la que las personas mayores podrían no estar familiarizadas, y que incluye a muchas personas jóvenes y tan solo a unas pocas personas mayores, es probable que cree una diferencia de estatus. Tener un estatus inferior en una situación de contacto puede acentuar la ansiedad preexistente acerca de la participación en las actividades. De hecho, si el estatus de los grupos es muy desigual, las actividades intergeneracionales pueden aumentar los prejuicios (2, 4).

- La calidad del contacto entre los grupos en las actividades intergeneracionales (por ejemplo, lo bien que se llevan las personas mayores y las personas jóvenes o la proximidad emocional que tienen) es otro factor fundamental que puede ser más importante que la frecuencia del contacto en lo que respecta a la reducción de los estereotipos y los prejuicios contra las personas mayores (1). Puede fomentarse un contacto de mejor calidad mediante una organización de las tareas que genere confianza, evitando situaciones en las que cada parte se muestre paternalista con la otra, y fomentando la comunicación

sobre la propia persona durante la cual los participantes comparten información personal entre sí. Sin embargo, fomentar la revelación de información personal requiere un diseño cuidadoso: la investigación sugiere que el hecho de que las personas mayores expliquen cosas de su pasado aumenta la proximidad del contacto, pero si divulgan demasiada información personal, esto puede llevar a una mala comunicación y a resultados negativos (2, 28, 29). Por lo tanto, es importante incluir una cantidad equilibrada de revelación de información personal por ambas partes y que lo explicado respecto al pasado no sea demasiado personal (2).

- Las actividades que aumentan la cooperación mediante objetivos comunes y que reducen la competencia entre los grupos etarios parecen ser importantes, lo cual concuerda con el concepto de las condiciones óptimas en la teoría del contacto intergrupar. Las actividades que fomentan la cooperación incluyen la participación, por ejemplo, en proyectos artísticos o artesanales, los coros y orquestas intergeneracionales y la cocina. Es igualmente importante asegurar que se eviten las actividades o las tareas que confirman estereotipos negativos respecto a uno u otro grupo, así como la presencia de observadores que no participen en el programa y situaciones en las que las personas puedan evitar totalmente el contacto (2).
- En una revisión se observó que, cuanto mejor estructuradas y más cuidadosamente diseñadas eran las intervenciones, más eficaces resultaban (es decir, hay que garantizar que los instructores estén bien formados, dar instrucciones claras a los participantes y utilizar protocolos de intervención) (20).

- Un estudio indica la posible importancia de la forma en la que se agrupan los participantes, ya sea por pares o mediante grupos más grandes de personas de distinta edad. El estudio sugiere que las actividades realizadas en parejas de niño-persona mayor (por ejemplo, conversaciones estructuradas o moverse con la música) tuvieron un efecto más positivo de estimulación de la interacción que las actividades realizadas en un grupo más amplio (por ejemplo, cantar o tocar un instrumento) (15).

En relación al contacto entre abuelos y nietos y entre amigos de generaciones diferentes, hay varios factores que posiblemente se podrían modificar en una intervención y que podrían potenciar efectos positivos en el edadismo. Estos factores se solapan en parte con las características de las intervenciones de contacto intergeneracional eficaces antes comentadas.

- Una revisión sistemática señaló que tanto la calidad como la frecuencia del contacto con los abuelos tienen un efecto robusto e independiente de reducción del edadismo (30). Sin embargo, hay algunas investigaciones que sugieren que, para que un contacto de buena calidad influya favorablemente en las actitudes hacia los abuelos, también es necesario que sea relativamente frecuente (2, 31). El contacto de alta calidad parece caracterizarse por un aumento de la revelación de información personal y la toma de perspectiva por ambas partes; por el hecho de que las personas jóvenes traten a sus abuelos como individuos; por la evitación de un lenguaje manifiestamente adaptado por parte de las personas jóvenes, a lo que con frecuencia se denomina infantilismo en el lenguaje

(elderspeak) (por ejemplo, no usar un lenguaje para bebés con las personas mayores); y por el hecho de que las personas jóvenes tengan poca ansiedad en relación con la interacción con los abuelos (2, 31). Aunque son pocas las investigaciones que han examinado las características de la amistad intergeneracional que conducen a una reducción del edadismo, parece que la revelación de información personal, la toma de perspectiva y la empatía por ambas partes desempeñan un papel fundamental (2).

- El estímulo de los padres y la identidad familiar compartida desempeñan también un papel clave en la repercusión que tiene el contacto entre nietos y abuelos en el edadismo. En general, los nietos que se identifican más plenamente con su familia y cuyos padres fomentan la relación con los abuelos tienen una percepción más favorable de las personas mayores (29).
- Los resultados acerca del efecto sobre el edadismo que tiene el hecho de vivir o haber vivido con una persona mayor no son concluyentes (32-35). Será necesaria una mayor investigación para esclarecer el papel de factores como el estado de salud de la persona mayor, el tipo de relación (por ejemplo, abuelo, otro familiar, persona no emparentada), la cantidad de relación y las normas culturales que regulan la vida intergeneracional (29, 36, 37).

Hay poca información acerca de los costos de las intervenciones de contacto intergeneracional. Sin embargo, varias revisiones han resaltado que es probable que los costos de estas intervenciones sean bajos (en especial los costos de las intervenciones que se basan

en un contacto indirecto ampliado o imaginado en los que no es necesaria la participación de personas mayores) y esas intervenciones son fáciles de aplicar (1, 2, 7). Por ejemplo, cabe suponer que la intervención de Singapur en la que personas mayores y personas jóvenes jugaron videojuegos juntas es asequible y fácil de llevar a cabo (16). No obstante, serán necesarias estimaciones exactas de los costos de estas intervenciones.

8.5 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

La evidencia disponible indica que las intervenciones que fomentan el contacto intergeneracional son unas de las más eficaces para reducir el edadismo contra las personas mayores. También parecen ser asequibles y relativamente fáciles de aplicar.

Aunque las intervenciones que combinaban la educación con el contacto intergeneracional tuvieron un efecto sobre las actitudes, incluidos los estereotipos y los prejuicios, ligeramente mayor en comparación con las intervenciones que utilizaron tan solo el contacto intergeneracional, no mostraron un efecto superior al de las intervenciones tan solo educativas y no tuvieron ningún efecto sobre los conocimientos. Las intervenciones solamente educativas y las que solamente empleaban el contacto intergeneracional sí tuvieron un efecto, pequeño y moderado respectivamente, sobre los conocimientos.

Las prioridades futuras en relación con las intervenciones de contacto intergeneracional deben incluir lo siguiente:

- Es esencial elaborar, poner a prueba y ampliar a mayor escala intervenciones de contacto intergeneracional solo e intervenciones combinadas

educativas y de contacto intergeneracional, para reducir el edadismo contra las personas mayores y de las personas jóvenes en todos los países, pero en especial en los de ingresos bajos y medianos.

- Es necesario definir las características esenciales de las intervenciones de contacto intergeneracional y la combinación adecuada de componentes educativos e intergeneracionales en las intervenciones combinadas (véase el [recuadro 8.2](#)).
- Deben elaborarse intervenciones destinadas a reducir el edadismo autoinflingido y el edadismo institucional.
- Es importante calcular los costos de las intervenciones de contacto intergeneracional solo y de las intervenciones combinadas educativas y de contacto intergeneracional.
- Se necesitan nuevas investigaciones para determinar las condiciones óptimas en las que el contacto entre abuelos y nietos y las amistades intergeneracionales conducen a una reducción del edadismo. Esto debe ir seguido de la elaboración y puesta a prueba de intervenciones destinadas a fomentar esas relaciones y reducir el edadismo.

REFERENCIAS

1. Christian J, Turner R, Holt N, Larkin M, Cotler JH. Does intergenerational contact reduce ageism: when and how contact interventions actually work? *J Arts Humanit.* 2014;3:1–15 (<https://www.theartsjournal.org/index.php/site/article/view/278/214>, accessed 10 April 2020).
2. Drury L, Abrams D, Swift HJ. Making intergenerational connections – an evidence review. London: Age UK; 2017 ([https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections-Evidence_Review\(2017\).pdf?dtrk=true](https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections-Evidence_Review(2017).pdf?dtrk=true), accessed 14 May 2020).
3. Living arrangements of older persons around the world. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 (No. 2019/2; https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2019-2.pdf, accessed 16 May 2020).
4. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Personal Soc Psychol.* 2006;90:751–83. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>.
5. Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol.* 2008;38:922–34. <https://doi.org/10.1002/ejsp.504>.
6. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:339–67. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>.
7. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr., Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2019;109:e1–9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>.
8. Chu J, Leino A. Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85:45–57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>.
9. Gardner F. Parenting interventions: how well do they transport from one country to another? Florence (Italy): UNICEF; 2017 (Innocenti Research Brief 2017-10; https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IRB_2017_10.pdf, accessed 24 April 2020).
10. Gardner F, Montgomery P, Knerr W. Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3–10) between countries: systematic review and meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45:749–62. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015134>.
11. Leijten P, Melendez-Torres GJ, Knerr W, Gardner F. Transported versus homegrown parenting interventions for reducing disruptive child behavior: a multilevel meta-regression study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55:610–7. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.003>.
12. Lipsey MW, Wilson DB. Practical meta-analysis. Thousand Oaks (CA): Sage; 2001.
13. Rosenthal JA. Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *J Soc Serv Res.* 1996;21:37–59. https://doi.org/10.1300/J079v21n04_02.
14. Lytle A, Levy SR. Reducing ageism: education about aging and extended contact with older adults. *Gerontologist.* 2019;59:580–8. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx177>.
15. Belgrave M. The effect of a music therapy intergenerational program on children and older adults' intergenerational interactions, cross-age attitudes, and older adults' psychosocial well-being. *J Music Ther.* 2011;48:486–508. <https://doi.org/10.1093/jmt/48.4.486>.

16. Chua P-H, Jung Y, Lwin MO, Theng Y-L. Let's play together: effects of video-game play on intergenerational perceptions among youth and elderly participants. *Comput Hum Behav.* 2013;29:2303–11. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.037>.
17. Meshel DS, MCGlynn RP. Intergenerational contact, attitudes, and stereotypes of adolescents and older people. *Educ Gerontol.* 2004;30:457–79. <https://doi.org/10.1080/03601270490445078>.
18. Pinquart M, Wenzel S, Sö Rensen S. Changes in attitudes among children and elderly adults in intergenerational group work. *Educ Gerontol.* 2000;26:523–40. <https://doi.org/10.1080/03601270050133883>.
19. Sun Q, Lou VW, Dai A, To C, Wong SY. The effectiveness of the Young–Old Link and Growth Intergenerational Program in reducing age stereotypes. *Res Soc Work Pract.* 2019;29:519–28. <https://doi.org/10.1177/1049731518767319>.
20. Canedo-Garcia A, Garcia-Sanchez JN, Pacheco-Sanz DI. A systematic review of the effectiveness of intergenerational programs. *Front Psychol.* 2017;8:1882. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01882>.
21. Maley M, Yau H, Wassel M, Eckenrode J, Pillemer K. Intergenerational programs: evidence and outcomes. Ithaca (NY): Cornell University, Bonfenbrenner Center for Translational Research; 2017 (<https://www.bctr.cornell.edu/wp-content/uploads/2017/06/Systemic-Translational-Review-intergenerational-programs.pdf>, accessed 16 May 2020).
22. Leung AY, Chan SS, Kwan CW, Cheung MK, Leung SS, Fong DY. Service learning in medical and nursing training: a randomized controlled trial. *Adv Health Sci Educ.* 2012;17:529–45. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9329-9>.
23. Jarrett D. Aconchego program. In: Social Innovation Exchange [website]. London: Social Innovation Exchange; 2010 (<https://socialinnovationexchange.org/insights/aconchego-program>, accessed 15 February 2020).
24. Programa Aconchego. In: Porto [website]. Porto (Portugal): Câmara Municipal do Porto; 2020 (<http://www.cm-porto.pt/bonjoia-projetos/populacao-senior-programa-aconchego>, accessed 19 February 2020) (in Portuguese).
25. 2019 Congress – Brussels, Belgium: Sixth World Homeshare Congress. In: Homeshare International [website]. Oxford: Homeshare International; 2020 (<https://homeshare.org/world-homeshare-congresses/2019-congress-brussels-belgium/>, accessed 19 February 2020).
26. Quinio V, Burgess G. Is co-living a housing solution for vulnerable older people? Cambridge: University of Cambridge, Cambridge Centre for Housing & Planning Research; 2018 (<http://www.nationwidefoundation.org.uk/wp-content/uploads/2019/02/Literature-Review-web-version-300119.pdf>, accessed 20 May 2020).
27. Turner RN, Crisp RJ. Imagining intergroup contact reduces implicit prejudice. *Br J Soc Psychol.* 2010;49:129–42. <https://doi.org/10.1348/014466609X419901>.
28. Harwood J, Soliz J, Lin MC. Communication accommodation theory: an intergroup approach to family relationships. In: Braithwaite DO, Baxter L, editors. *Engaging theories in interpersonal communication: multiple perspectives.* Thousand Oaks (CA): Sage; 2006.
29. Soliz J, Harwood J. Shared family identity, age salience, and intergroup contact: investigation of the grandparent–grandchild relationship. *Commun Monogr.* 2006;73:108–32. <https://doi.org/10.1080/03637750500534388>.
30. Marques S, Mariano J, Mendonca J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>.
31. Harwood J, Roy A. Social identity theory and mass communication research. In: Harwood J, Giles H, editors. *Intergroup communication: multiple perspectives.* Bern: Peter Lang; 2005:189–211.
32. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol.* 2008;35:1–14. <https://doi.org/10.1080/03601270802299780>.
33. Drake JT. Some factors influencing students' attitudes toward older people. *Soc Forces.* 1957:266–71. <https://doi.org/10.2307/2573511>.
34. Hweidi IM, Al-Obeisat SM. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Educ Today.* 2006;26:23–30. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.06.003>.
35. Yılmaz F, Çolak MY. The effects of intergenerational relations and ageing anxiety on attitudes toward ageism. *Acad Res Int.* 2017;8:45–54.
36. Celdrán M, Villar F, Triadó C. Thinking about my grandparent: how dementia influences adolescent grandchildren's perceptions of their grandparents. *J Aging Stud.* 2014;29:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.12.004>.
37. Flamion A, Missotten P, Marquet M, Adam S. Impact of contact with grandparents on children's and adolescents' views on the elderly. *Child Dev.* 2019;90:1155–69. <https://doi.org/10.1111/cdev.12992>.

09

ESTRATEGIAS PROMETEDORAS

BUAKHIAW, 84,
TAILANDIA

“ No tenemos ningún control sobre lo que piensan las personas. Lo que podemos hacer es controlar y conformar nuestros propios pensamientos y comportamientos. ”

Buakhiaw, 84, Tailandia
©Paiboon Yeelar / FOPDEV / HelpAge International

Partiendo de la evidencia disponible sobre su eficacia en otros ámbitos, las campañas pueden ser una estrategia prometedora para reducir el edadismo.

La investigación sobre estrategias destinadas a mitigar el efecto del edadismo después de que se haya producido se encuentra todavía en una fase inicial. No obstante, hay algunos enfoques que pueden ser prometedores para reducir los efectos de los estereotipos negativos.

Tanto las campañas como las estrategias para mitigar el efecto del edadismo deberán desarrollarse más y ponerse a prueba de la forma más rigurosa posible antes de que se puedan aplicar a mayor escala.

Será preciso elaborar y poner a prueba también otras estrategias para atenuar las repercusiones de todas las dimensiones del edadismo (estereotipos, prejuicios y discriminación).

9.1 CAMPAÑAS

9.1.1 Qué son y cómo actúan

Las campañas son intentos voluntarios de informar o influir en los comportamientos de una población destinataria amplia en un período de tiempo especificado, mediante el empleo de un conjunto organizado de actividades de comunicación y la presentación de una amplia variedad de mensajes transmitidos a través de múltiples canales, para producir beneficios no comerciales para las personas y para la sociedad (1, 2).

Las campañas usan o bien medios de comunicación tradicionales (por ejemplo, televisión, cine, radio, vallas publicitarias, prensa, señales en autobuses, taxis, etc.) o bien medios nuevos (por ejemplo, redes sociales, páginas de inicio dirigidas, publicidad de pago-por-clic, banderolas y señalización digitales, anuncios en Facebook, Twitter, YouTube, etc.) (3).

En general, las campañas tienen como finalidad reducir el edadismo ya sea directamente, mediante la modificación del comportamiento individual, o de modo indirecto, modificando leyes y políticas y provocando un cambio progresivo de las normas sociales. A menudo,

hacen ambas cosas. Cuando actúan indirectamente, las campañas procuran influir en los encargados de formular políticas, la sociedad civil, los líderes políticos y de opinión, los medios de comunicación y el público en general, para aumentar la visibilidad de un tema, modificar las percepciones de quienes son responsables de causar el problema y movilizar al electorado, todo ello con objeto de crear un entorno conducente a la introducción de cambios en el comportamiento individual (1, 4, 5). En los últimos años, se han venido utilizando campañas cada vez más para abordar el edadismo, tal como ilustran los ejemplos del apartado 9.1.3.

9.1.2 Qué resultados dan

No hay ningún estudio de alta calidad que demuestre la eficacia de las campañas destinadas a reducir el edadismo (6). Poner a prueba la eficacia de las campañas comporta dificultades intrínsecas, y es posible que ello explique por qué son tan pocas las campañas contra el edadismo que se han evaluado

(véase el recuadro 9.1) (7-9). No obstante, hay evidencia procedente de campañas destinadas a abordar otros problemas de salud y otras formas de estereotipos, prejuicios y discriminación.

Una de las revisiones bibliográficas más exhaustivas realizadas acerca de la eficacia de las campañas de salud incluye el examen sistemático de otras 36 revisiones sistemáticas, así como tres nuevas revisiones sistemáticas de estudios primarios (3). En ella se resumió la evidencia relativa a las campañas en medios de comunicación sobre enfermedades no transmisibles: consumo de alcohol, alimentación, consumo de drogas ilegales, nivel de actividad física, salud sexual y reproductiva y consumo de tabaco (3).

La revisión identificó una evidencia de carácter moderado que indicaba que las campañas en medios de comunicación podían reducir el comportamiento sedentario e influir en los comportamientos relacionados con la salud sexual y en los

Recuadro 9.1

Oportunidades para la investigación sobre las campañas para reducir el edadismo

Las campañas son más difíciles de evaluar con un diseño riguroso que otros muchos tipos de intervenciones (7-9). Resulta difícil utilizar ensayos clínicos aleatorizados para evaluar la mayor parte de las campañas (9). El ensayo clínico aleatorizado por conglomerados es un diseño riguroso que se emplea a veces en su lugar, pero también tiene dificultades (9, 12, 13).

En la mayoría de los casos, las campañas se evalúan usando diseños más débiles que producen unos resultados en los que tenemos menos confianza (7-9, 13). De hecho, cuando se emplea un diseño más débil para evaluar una campaña, es frecuente que esta parezca (engañosamente) dar un resultado el doble de bueno del que se aprecia cuando la campaña se evalúa utilizando un diseño más riguroso (14).

La prioridad es llevar a cabo las evaluaciones más rigurosas posibles de las campañas que tienen como objetivo reducir el edadismo, y se dispone de orientaciones para ello (7, 9, 15, 16); una vez demostrada su eficacia, el paso siguiente es establecer cuáles son sus características esenciales.

Recuadro 9.2

comportamientos de solicitud de tratamiento (por ejemplo, mediante el empleo de líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar y servicios de salud sexual). La evidencia relativa al efecto en el consumo de tabaco y en el nivel de actividad física fue contradictoria. La evidencia respecto a la influencia en el consumo de alcohol fue limitada, y no hubo efecto alguno en el consumo de drogas ilegales. Las campañas parecen tener un efecto en el cambio de comportamientos inferior al que tienen en los conocimientos y la concientización.

En términos generales, la evidencia disponible sugiere que las campañas de salud tienen un efecto beneficioso pequeño, a pesar de que los resultados son dispares (3, 10, 11).

En una revisión de las revisiones sistemáticas en las que se evaluaron campañas en medios de comunicación para reducir los prejuicios y la discriminación en contra de las personas con trastornos mentales se observó que las campañas tenían una repercusión positiva pequeña o moderada en los conocimientos relativos a la estigmatización, las actitudes y los comportamientos pretendidos (es decir, el deseo de contactar con personas afectadas por un trastorno mental) (17).

En una revisión anterior se observó que las intervenciones en los medios de comunicación tenían un efecto pequeño o moderado de reducción de las actitudes negativas hacia las personas con trastornos de la salud mental, pero los efectos sobre la discriminación fueron desiguales (18).

Es escasa la evidencia de alta calidad existente sobre las campañas que son eficaces para reducir los estereotipos, los prejuicios y la discriminación por motivos de raza y origen étnico, y la existente muestra resultados desiguales (19-21).

Así pues, las campañas pueden brindar una

estrategia prometedora para abordar el edadismo. Aun en el caso de que las campañas tengan tan solo un efecto pequeño, con un alcance y penetración suficientes a nivel de la población podrían propiciar, no obstante, un cambio significativo (18).

9.1.3 Ejemplos

En este apartado se resaltan unas pocas campañas internacionales y locales, incluida una puesta en marcha por una coalición de grupos y otra de una red mundial. El primer ejemplo describe una campaña mundial que tiene lugar en varios países de ingresos bajos y medianos.

El segundo ejemplo corresponde a una campaña en curso, basada en la investigación, con una aplicación de ámbito nacional en Australia, mientras que el tercero es el de una campaña innovadora realizada en una ciudad de Canadá. Aunque estos ejemplos se centran en campañas destinadas a reducir el edadismo contra las personas mayores, en el **recuadro 9.2** se presenta un ejemplo de una campaña para reducir el edadismo contra los jóvenes.

Haz frente al edadismo: una campaña internacional

Take a Stand Against Ageism es una campaña en curso que se está realizando en diferentes partes del mundo, liderada por *HelpAge International*, una red mundial de organizaciones que trabajan con las personas mayores y para ellas. La campaña toma su nombre del tema del Día Internacional de las Personas Mayores del 2016 (6).

Los objetivos de la campaña son aumentar la concientización sobre el edadismo en miembros de la red de *HelpAge*, activistas y defensores, y aumentar la visibilidad de las experiencias de edadismo vividas por las personas mayores, con objeto de conseguir

No demasiado joven para postularse como candidato: una campaña para reducir el edadismo contra las personas jóvenes en política

En noviembre del 2016 se puso en marcha la campaña mundial *Not Too Young to Run* llevada a cabo por una asociación de la que forman parte las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y no gubernamentales (25). Tiene como finalidad abordar el edadismo contra las personas jóvenes en el proceso político, mediante la promoción de su derecho a ocupar un cargo público. En un mundo en rápida transformación, en el que más del 50% de la población tiene menos de 30 años, pero menos del 2% de los legisladores elegidos forman parte de este grupo etario, la campaña resalta el hecho de que la participación de las personas jóvenes en la política electoral es esencial para asegurar que haya democracias prósperas y representativas a nivel mundial (26).

La campaña pretende: a) concientizar sobre la falta de jóvenes en los cargos públicos mediante la recopilación de estadísticas mundiales por países respecto a la juventud y la política, así como encontrar los posibles obstáculos para la participación; b) defender los derechos de las personas jóvenes a ocupar cargos públicos y puestos de liderazgo, así como aumentar la participación de las personas jóvenes en la política y el gobierno; y c) obtener aportaciones e ideas de los jóvenes de todo el mundo respecto a su participación en los procesos de decisión política mediante una consulta pública en línea. La campaña destaca también a los líderes jóvenes que ya ocupan cargos de representación e intenta inspirar a las personas jóvenes para que sean candidatos.

La campaña constituye una ampliación del movimiento del mismo nombre que iniciaron grupos de la sociedad civil en Nigeria en mayo del 2016. Este movimiento contribuyó a que el gobierno nigeriano aprobara en el 2018 una legislación que redujo el límite etario para ocupar cargos electos estatales y para formar parte de la Cámara de Representantes federal de los 30 años a los 25 años; para los senadores y gobernadores, se pasó de los 35 a los 30 años; y para el presidente se pasó de los 40 a los 35 (25, 26).

que se les dejen de negar sus derechos simplemente a causa de su edad.

Los recursos de la campaña proceden de *HelpAge International* e incluyen guías para la realización de talleres de concientización y juegos de roles sobre el edadismo (22).

Esta campaña comprende muchas campañas en curso, y las actividades difieren en los

distintos países. Por ejemplo, en Bangladesh, más de 2000 personas mayores y jóvenes, trabajadores de desarrollo, estudiantes y periodistas formaron una cadena humana para exigir una acción del gobierno para prestar apoyo a una convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas mayores. Las actividades organizadas en Mozambique incluyeron una marcha en Maputo, dos debates radiofónicos con re-

presentantes del gobierno y de asociaciones de personas mayores, y una feria de salud.

Campaña EveryAGE Counts [todas las edades cuentan] en Australia

EveryAGE Counts es una campaña de promoción de la causa que se está realizando en Australia y que se inició en el 2018. La lleva a cabo una coalición de organizaciones que tienen como objetivo abordar el edadismo contra las personas mayores en Australia. Su visión es una sociedad en la que a cada persona se le reconozca el valor, la conexión y el respeto independientemente de la edad y la salud funcional (23).

El objetivo general es crear nuevos fundamentos sólidos para permitir que las generaciones actuales y futuras envejecan bien. La campaña pretende modificar progresivamente las normas sociales negativas arraigadas acerca del envejecimiento y las personas mayores y reconfigurar la fase de la vida de las personas mayores como válida, positiva y dotada de sentido.

EveryAGE Counts intenta propiciar el cambio social mediante el compromiso en la promoción de la causa, la participación política y las campañas públicas para el cambio de políticas; el abordaje de los obstáculos estructurales específicos para la participación de las personas mayores (por ejemplo en el lugar de trabajo y en la atención de salud); y el aumento de la diversidad y la exactitud de la representación de las personas mayores en los medios de comunicación, las artes y los debates públicos.

Las actividades de la campaña han consistido en eventos para la recolección de firmas de personas que apoyan la causa en el Parlamento durante los cuales los participantes reconocen que están a favor de un mundo sin edadismo (23); participación o acogimiento de eventos comunitarios para

difundir la campaña y aumentar la afiliación a ella; y elaboración y difusión de materiales como un cuestionario (¿Soy edadista?) y una revista (The real old), que alientan a las personas a pensar en el edadismo y expresarse en contra (23).

La investigación ha desempeñado un papel importante en el desarrollo de la campaña. Por ejemplo, un proyecto de investigación centrado en el examen de los factores que provocan el edadismo aportó la evidencia fundamental que informó la estrategia de la campaña (23).

Campaña Best Before Date [fecha de consumo preferente] en Canadá

La campaña Best Before Date llevada a cabo en Peterborough (Canadá), fue una campaña de publicidad de ámbito municipal destinada a abordar el edadismo, y se ejecutó en el 2013-2014. Se puso en marcha como parte del Mes de las Personas Mayores, y mostraba de forma sarcástica a personas de todas las edades con un falso tatuaje de "fecha de consumo preferente" en la frente, para resaltar la estigmatización asociada al envejecimiento.

La campaña incluyó anuncios de televisión, videos de YouTube, anuncios de prensa y radio, y un sitio web interactivo en el que los usuarios podían responder a un cuestionario para averiguar su fecha de consumo preferente y subir su propia fotografía para que se les "tatuara" la fecha en la frente. La campaña pretendía reducir el edadismo modificando las percepciones existentes en Peterborough de que las personas mayores suponían un derroche de recursos y una molestia, estaban anticuadas y alejadas de las nuevas modas y tecnologías, y constituían un impedimento para la vida cotidiana y ocupada de las personas. También tenía como objetivo destacar el valor de los conocimientos y la experiencia que las personas

mayores pueden ofrecer a la comunidad. Sin embargo, no se dispone de ningún dato sobre los resultados de esta campaña (6, 24).

9.1.4 Características fundamentales

Teniendo en cuenta lo indicado por la investigación que ha evaluado diferentes campañas destinadas a abordar otras cuestiones y la evidencia limitada disponible sobre las campañas contra el edadismo (6), es posible que las siguientes características de las campañas antiedadistas se asocien a su eficacia.

- **Dosis:** En general, cuanto mayor es la duración y mayor es la intensidad o la exposición a la campaña, más eficaz resulta esta. Sin embargo, no se ha llegado a un consenso respecto a la dosis exacta que es necesaria para que una campaña tenga éxito (3). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos han sugerido que los anuncios de las campañas de prevención del consumo de tabaco deben emitirse durante un mínimo de seis meses para que influyan en la concientización, de 12 a 18 meses para que los temas de la campaña se establezcan e influyan en las actitudes, y de 18 a 24 meses para que haya efectos en el comportamiento (27).
- **Enfoque:** El enfoque puede influir en nuestras percepciones, actitudes, acciones y forma en la que se percibe el envejecimiento y otras cuestiones y el modo en que se responde a ello (28-30). Entendemos por enfoque la manera en la que se comunica un tema, cómo se inicia la comunicación, qué se resalta, cómo se explica y qué se deja sin decir.
- **Tipos de mensajes y desnormalización del comportamiento:** En las campañas contra el edadismo, es preferible presentar mensajes sencillos acerca de las acciones realizables e imágenes que eviten reforzar los dos extremos del envejecimiento (los héroes del envejecimiento y el deterioro físico) (6). En general, los mensajes de la campaña que desnormalizan un comportamiento (es decir, aumentan su inaceptabilidad social, reforzando por lo tanto la percepción de que no es una actividad generalizada ni normal en la sociedad) pueden ser más eficaces que otros tipos de mensajes (3).
- **Canales interactivos y de redes sociales:** Las campañas de salud, y en particular las campañas de salud sexual, que tienen componentes interactivos (por ejemplo, correo electrónico personalizado) y usan las redes sociales parecen ser más eficaces que las que utilizan componentes estáticos (por ejemplo, hacer que alguien mire un video en línea) (3, 31, 32).
- **Participación de la comunidad:** Es probable que sea importante involucrar a representantes de la comunidad (incluidas personas mayores y personas jóvenes) al elaborar las campañas. Una manera de conseguirlo es hacer que representantes de la comunidad ayuden a diseñar la campaña y utilizar una investigación de acciones participativas. Los representantes de la comunidad pueden contribuir mediante la identificación de experiencias de edadismo y ayudando a diseñar los instrumentos de comunicación (6).
- **Financiamiento y asociaciones:** Es probable que garantizar un financiamiento sostenible, flexible y a largo plazo

sea beneficioso para las campañas. Esto requiere a menudo la obtención de fondos de diversas fuentes (por ejemplo, departamentos del gobierno, organismos que conceden subvenciones). También parece resultar útil la asociación con un programa más amplio (por ejemplo, la "Red Mundial de la OMS para las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores") y al trabajo colaborativo (por ejemplo, con prestadores de atención de salud o estudios de medios de comunicación) (6).

- **Combinación de campañas:** Los efectos pueden potenciarse cuando las campañas contra el edadismo se combinan con otras estrategias. Hay evidencia limitada que indica que cuando se emplean campañas en medios de comunicación como instrumentos de concientización, puede haber un aumento del cumplimiento de las leyes y regulaciones (por ejemplo, uso del cinturón de seguridad, normas de consumo de alcohol) (11, 33). Sin embargo, aunque la combinación de estrategias en las intervenciones de múltiples componentes y múltiples niveles puede conducir a veces a una potenciación de los efectos (por ejemplo, dejar de fumar), no siempre es así (por ejemplo, campañas para aumentar la actividad física, reducir la obesidad infantil y reducir los riesgos de cáncer) (34-37).
- **Papel de la cultura:** La adecuación cultural contribuye a la eficacia de las campañas de salud, en especial las campañas internacionales y las campañas aplicadas en sociedades multiculturales. Se dispone de guías para asegurar la adecuación cultural (29, 38-41). La cultura puede ser también un punto de acceso para partici-

par en un diálogo colectivo centrado en el edadismo con comunidades locales, personalidades influyentes, líderes religiosos, personas mayores tradicionales y otros agentes de cambio. Tales diálogos pueden convertirse en el punto de partida para campañas informadas por las cuestiones culturales que han sido diseñadas con los representantes locales y otras actividades de comunicación (por ejemplo, uso de medios de comunicación digitales, video y narración de historias) (42).

9.2 POSIBLES ESTRATEGIAS PARA MITIGAR LOS EFECTOS DEL EDADISMO

Hay muy pocos estudios que hayan evaluado estrategias o posibles estrategias para mitigar los efectos del edadismo una vez que este se ha producido.

Un estudio en el que se usaron datos de una encuesta nacional realizada en Japón señaló que el hecho de percibir que se era objeto de discriminación por razones de edad influía negativamente en la satisfacción en el trabajo de los hombres mayores. Sin embargo, un nivel elevado de apoyo social por parte de los gerentes y los demás trabajadores reducía la repercusión de la discriminación percibida (43).

Una intervención llevada a cabo en Estados Unidos con personas mayores de ascendencia china les protegió frente a los efectos de la amenaza de estereotipo. La intervención recordó a los participantes los valores del confucianismo. Consistió en que los parti-

cipantes leyeron un escrito que, en primer lugar, afirmaba que debían estar orgullosos de sus antiguas tradiciones y respetar el papel de las personas mayores y, en segundo lugar, les tranquilizaba respecto a que esos valores se habían transmitido con éxito a la siguiente generación. La amenaza de estereotipo consistió en decirles que realizarían una prueba de memoria para ver de qué manera el envejecimiento afecta a la memoria, y que se compararían los resultados con los de personas jóvenes. En sentido estricto, la intervención no motivó los efectos del edadismo (es decir, la amenaza de estereotipo) una vez que se había producido, sino que protegió a los participantes frente a los efectos del edadismo antes de que se produjeran. No obstante, cabe formular la hipótesis de que tal vez pudiera ser útil también para mitigar los efectos del edadismo una vez aparecidos (44).

Mediante experimentos de laboratorio en los que se expuso a los participantes a estereotipos etarios positivos implícitos, otros estudios han mostrado una mejora de la función física (45, 46), la capacidad de memoria (47, 48) y los parámetros cardiovascular (49).

El uso de estereotipos implícitos o subliminales consiste en estar expuesto de una forma que permita la percepción pero sin un conocimiento plenamente consciente (por ejemplo, mediante palabras mostradas en destellos en una pantalla a gran velocidad).

Es posible que este tipo de exposición a estereotipos etarios positivos implícitos pueda no solo tener los efectos beneficiosos antes señalados sino también mitigar los efectos de la exposición a estereotipos edadistas negativos y tal vez a otras formas de edadismo, aunque esto no se ha demostrado todavía. Si se demostrara que es así, estos experimentos de laboratorio podrían brindar la posibilidad de trasladarlo a intervenciones

destinadas a mitigar los efectos del edadismo una vez se ha producido.

9.3 CONCLUSIONES Y RUMBO FUTURO

Las campañas para reducir el edadismo y las estrategias para mitigar sus efectos son estrategias que pueden ser importantes para abordarlo, pero la investigación existente al respecto es limitada. Debe darse prioridad a su ulterior desarrollo y a la generación de más evidencia acerca de su eficacia.

9.3.1 Campañas

No se ha evaluado la eficacia de ninguna campaña destinada a reducir el edadismo. Sin embargo, teniendo en cuenta la evidencia sobre la eficacia de campañas realizadas en otros ámbitos de la salud (como las de salud sexual) y para la reducción de estereotipos, prejuicios y discriminación en relación con los trastornos mentales, las campañas parecen ser una estrategia prometedora para combatir el edadismo.

Se describen a continuación las prioridades futuras en relación con las campañas destinadas a reducir el edadismo.

- Es necesario elaborar y poner a prueba campañas que aborden diferentes formas de edadismo (es decir, edadismo institucional, interpersonal y dirigido autoinflingido) usando los diseños más rigurosos posibles (véase el [recuadro 9.1](#)).
- Es fundamental elaborar, ejecutar y evaluar las campañas en países de ingresos bajos y medianos. Tan solo una de las campañas incluida en una reciente revisión de las campañas

contra el edadismo (la campaña mundial organizada por HelpAge International (6) [véase el apartado 9.3.1]) se llevó a cabo en países de ingresos bajos y medianos.

- Deberá calcularse el costo y la costo-efectividad de las campañas contra el edadismo. Las campañas pueden ser caras. En consecuencia, es fundamental conseguir que tengan una costo-efectividad favorable. La evidencia disponible respecto a la relación costo-efectividad de las campañas en todos los ámbitos de la salud es extremadamente limitada, excepto en lo que respecta al consumo de tabaco, en el que hay evidencia moderada que indica que la costo-efectividad es favorable (3).

9.3.2 Estrategias para mitigar los efectos del edadismo

La investigación sobre las estrategias para mitigar los efectos del edadismo está todavía en una fase inicial. Tan solo se dispone de unos pocos estudios.

Algunos de ellos son experimentos de laboratorio y no intervenciones plenamente desarrolladas. No obstante, estas estrategias pueden ser hasta cierto punto prometedoras para reducir los efectos de los estereotipos negativos.

Dada la gran difusión del edadismo y sus efectos graves y de gran alcance (tal como se describe en los capítulos 2 y 3, respectivamente), las prioridades futuras en lo que respecta a mitigar los efectos del edadismo deben incluir lo siguiente:

- investigar si la exposición a estereotipos positivos implícitos puede ser

útil para mitigar los efectos de los estereotipos negativos y otras formas de edadismo y, de ser así, cómo puede trasladarse de los resultados de laboratorio a intervenciones que puedan ampliarse a mayor escala;

- elaborar, poner a prueba y aplicar a mayor escala estrategias destinadas a mitigar los efectos de todas las dimensiones del edadismo, es decir, estereotipos, prejuicios y discriminación.

REFERENCIAS

1. Rice RE, Atkin CK. Theory and principles of public communication campaigns. In: Public communication campaigns. Thousand Oaks (CA): Sage; 2012:3–19.
2. Rogers EM, Storey JD. Communication campaigns. In: Berger C, Chaffee S, editors. Handbook of communication science. Thousand Oaks (CA): Sage; 1987:817–46.
3. Stead M, Angus K, Langley T, Katikireddi SV, Hinds K, Hilton S, et al. Mass media to communicate public health messages in six health topic areas: a systematic review and other reviews of the evidence. *Public Health Res.* 2019;7(8):1–205. <https://doi.org/10.3310/phr07080>.
4. Cislaghi B, Heise L. Theory and practice of social norms interventions: eight common pitfalls. *Global Health.* 2018;14:83. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0398-x>.
5. Coffman J. Public communication campaign evaluation: an environmental scan of challenges, criticisms, practice, and opportunities. Washington (DC): Communications Consortium Media Center; 2002 (<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.575.7053&rep=rep1&type=pdf>, accessed 22 March 2020).
6. Campaigning to tackle ageism: current practices and suggestions for moving forward. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/campaigning-to-tackle-ageism>, accessed 25 September 2020).
7. Noar SM. Challenges in evaluating health communication campaigns: defining the issues. *Commun Methods Meas.* 2009;3:1–11. <https://doi.org/10.1080/19312450902809367>.
8. Noar SM, Palmgreen P, Zimmerman RS. Reflections on evaluating health communication campaigns. *Commun Methods Meas.* 2009;3:105–14. <https://doi.org/10.1080/19312450902809730>.
9. Sixsmith J, Fox K, Doyle P, Barry MM. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014 (<https://op.europa.eu/s/ompT>, accessed 24 March 2020).
10. Anker AE, Feeley TH, McCracken B, Lagoe CA. Measuring the effectiveness of mass-mediated health campaigns through meta-analysis. *J Health Commun.* 2016;21:439–56. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1095820>.
11. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, Kiwanuka-Tondo J, Fleming-Milici F, Proctor D. A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. *J Health Commun.* 2004;9(Suppl. 1):71–96. <https://doi.org/10.1080/10810730490271548>.
12. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P System Population Trial. *Prev Sci.* 2009;10:1–12. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>.
13. Ryan R, Hill S, Broclain D, Horey D, Oliver S, Prictor M. Supplementary guidance for authors undertaking reviews with the Cochrane Consumers and Communication Review Group. In: Cochrane Collaboration; 2013 (https://cccr.org/sites/cccr.org/sites/cccr.org/files/public/uploads/Study_design_guide2013.pdf, accessed 15 March 2020).
14. Snyder LB, Hamilton MA, Huedo-Medina T. Does evaluation design impact communication campaign effect size? A meta-analysis. *Commun Methods Meas.* 2009;3:84–104. <https://doi.org/10.1080/19312450902809722>.
15. Bauman A. Precepts and principles of mass media campaign evaluation in Australia. *Health Promot J Aust.* 2000;10:89–92.

16. O'Kane N, Gough A, Hunter R, McKinley M. Social media and public health mass communication interventions: a systematic review of evaluation methods. York: National Institute for Health Research; 2016 (https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=49280, accessed 10 June 2020).
17. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52:249–58. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>.
18. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD009453. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2>.
19. McBride M. What works to reduce prejudice and discrimination? A review of the evidence. Edinburgh: Scottish Government; 2015 (<https://www.gov.scot/publications/works-reduce-prejudice-discrimination-review-evidence/>, accessed 24 March 2020).
20. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:339–67. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>.
21. Sutton M, Perry B, Parke J, John-Baptiste C. Getting the message across: using media to reduce racial prejudice and discrimination. London: Crown Copyright, Department of Communities and Local Government; 2007 (<https://tandis.odihr.pl/bitstream/20.500.12389/20228/1/04628.pdf>, accessed 29 March 2020).
22. Age Demands Action Global 2016 toolkit. London: HelpAge International; 2016 (<http://www.helpage.org/download/57becbe416492/>, accessed 2 July 2020).
23. EveryAGE Counts. In: EveryAGE Counts [website]. Sydney: EveryAGE Counts; 2020 (<https://www.everyagecounts.org.au/>, accessed 24 September 2020).
24. BrandHealth wins big at Clio Awards with 'Best Before Date' campaign. In: MyKawartha.com [website]. Peterborough (Ontario); Kawartha Media Group; 2014 (<https://www.mykawartha.com/news-story/4877390-brandhealth-wins-big-at-clio-awards-with-best-before-date-campaign/>, accessed 20 March 2020).
25. Not Too Young to Run: promoting the rights of young people running for public office and leadership positions. Geneva: Human Rights Council; 2016 (https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Democracy/Forum2016/OSGEY_IPU_UNDP_SideEvent.pdf, accessed 16 September 2020).
26. Launching global campaign promoting right of young people to run for public office: Not Too Young to Run. In: Office of the Secretary-General's Envoy on Youth [website]. New York: United Nations Office of the Secretary General's Envoy on Youth; 2020 (<https://www.un.org/youthenvoy/2016/11/launching-global-campaign-promoting-rights-young-people-run-public-office/>, accessed 16 September 2020).
27. Schar E, Gutierrez K, Murphy-Hoefer R, Nelson DE. Tobacco use prevention media campaigns: lessons learned from youth in nine countries. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2006 (<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11400>, accessed 24 March 2020).
28. Busso DS, Volmert A, Kendall-Taylor N. Reframing aging: effect of a short-term framing intervention on implicit measures of age bias. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2019;74:559–64. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby080>.
29. Cho H, Boster FJ. Effects of gain versus loss frame antidrug ads on adolescents. *J Commun.* 2008;58:428–46. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2008.00393.x>.
30. Dardis FE, Baumgartner FR, Boydston AE, De Boef S, Shen FY. Media framing of capital punishment and its impact on individuals' cognitive responses. *Mass Commun Soc.* 2008;11:115–40. <https://doi.org/10.1080/15205430701580524>.
31. Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, Marshall S, De Bourdeaudhuij I, Vandelandotte C. Are health behavior change interventions that use online social networks effective? A systematic review. *J Med Internet Res.* 2014;16:e40. <https://doi.org/10.2196/jmir.2952>.
32. Naslund JA, Kim SJ, Aschbrenner KA, McCulloch LJ, Brunette MF, Dallery J, et al. Systematic review of social media interventions for smoking cessation. *Addict Behav.* 2017;73:81–93. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.002>.
33. Bou-Karroum L, El-Jardali F, Hemadi N, Faraj Y, Ojha U, Shahrour M, et al. Using media to impact health policy-making: an integrative systematic review. *Implement Sci.* 2017;12:52. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0581-0>.
34. Cantera CM, Puigdomenech E, Ballve JL, Arias OL, Clemente L, Casas R, et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. *BMJ Open.* 2015;5:e008807. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008807>.
35. Gittelsohn J, Novotny R, Trude ACB, Butel J, Mikkelsen BE. Challenges and lessons learned from multi-level multi-component interventions to prevent and reduce childhood obesity. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:30. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010030>.
36. Russ LB, Webster CA, Beets MW, Phillips DS. Systematic review and meta-analysis of multi-component interventions through schools to increase physical activity. *J Phys Act Health.* 2015;12:1436–46. <https://doi.org/10.1123/jpah.2014-0244>.
37. Weiner BJ, Lewis MA, Clauser SB, Stitzenberg KB. In search of synergy: strategies for combining interventions at multiple levels. *J National Cancer Inst Monogr.* 2012;2012:34–41. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgs001>.
38. Cooke-Jackson A. Multicultural campaigns. In: Thompson TL, editor. *Encyclopedia of health communication.* Thousand Oaks (CA): Sage; 2014:898–900.
39. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health.* 2004;25:439–55. <https://doi.org/10.1146/annurev.pubhealth.25.101802.123000>.
40. Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz RD, Clark EM, Sanders-Thompson V. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Educ Behav.* 2003;30:133–46. <https://doi.org/10.1177/1090198102251021>.
41. Tan NQP, Cho H. Cultural appropriateness in health communication: a review and a revised framework. *J Health Commun.* 2019;24:492–502. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1620382>.
42. Bossio D, Exon J, Schleser M, McCosker A, Davis H. The OPERA Project: community co-design of digital interventions for primary prevention of ageism and elder abuse. Melbourne (Australia): Swinburne University of Technology; 2019 (<https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2019-12/apo-nid270896.pdf>, accessed 24 September 2020).
43. Harada K, Sugisawa H, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shimmei M. Perceived age discrimination and job satisfaction among older employed men in Japan. *Int J Aging Hum Dev.* 2019;89:294–310. <https://doi.org/10.1177/0091415018811100>.

44. Tan SC, Barber SJ. Confucian values as a buffer against age-based stereotype threat for Chinese older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2020;75:504–12. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby049>.
45. Hausdorff JM, Levy BR, Wei JY. The power of ageism on physical function of older persons: reversibility of age-related gait changes. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:1346–9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07437.x>.
46. Levy BR, Pilver C, Chung PH, Slade MD. Subliminal strengthening: improving older individuals' physical function over time with an implicit-age-stereotype intervention. *Psychol Sci.* 2014;25:2127–35. <https://doi.org/10.1177/0956797614551970>.
47. Hess TM, Hinson JT, Statham JA. Explicit and implicit stereotype activation effects on memory: do age and awareness moderate the impact of priming? *Psychol Aging.* 2004;19:495–505. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.3.495>.
48. Levy B. Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *J Personal Soc Psychol.* 1996;71:1092–107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1092>.
49. Levy BR, Hausdorff JM, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;55:P205–13. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.p205>.



BERKEHAN, 21,
TURQUÍA

SISAY, 65,
ETIOPÍA

10

EL CAMINO A SEGUIR

“ Tenemos que actuar ahora como jóvenes y hacer un llamamiento mundial a la acción para el futuro con el que soñamos y que somos capaces de crear. ”

Berkehan, 21, Turquía

©Berkehan Erkiliç / Grupo Principal de la Infancia y la Juventud de las Naciones Unidas

“ El mundo debe prohibir y rechazar todos los estereotipos negativos y acabar con la discriminación de las personas mayores. Una vez hecho esto, el mundo se sorprendería de las cosas que pueden aportar los hombres y las mujeres mayores. Un mundo sin edadismo haría que cada generación [...] fuera positiva en sus perspectivas en la vida. ”

Sisay, 65, Etiopía

©Erna Mentenot Hintz / HelpAge International

En el *Informe mundial sobre el edadismo* se ha reunido la mejor información científica disponible acerca del edadismo para comprender y ayudar a mejorar la vida de las personas de todas las edades. Partiendo de la evidencia presentada en los capítulos anteriores, en este capítulo se presentan tres recomendaciones para ayudar a los interesados directos a adoptar medidas destinadas a prevenir el edadismo y eliminarlo en todo el mundo. Estas recomendaciones se enmarcan en la Campaña Mundial Contra el Edadismo que está liderando las Naciones Unidas como parte de la Década del Envejecimiento Saludable: 2021-2030.

Para prevenir el edadismo y responder a él, debe darse prioridad a las tres estrategias que están respaldadas por una mejor evidencia: políticas y leyes, intervenciones educativas e intervenciones de contacto intergeneracional (recomendación 1).

Es igualmente importante que los países lleven a cabo más investigación y obtengan más datos para conseguir un mejor conocimiento del edadismo y de cómo reducirlo (recomendación 2).

Cada interesado directo tiene un papel que desempeñar para abordar el edadismo y debe formar parte del movimiento para cambiar el discurso existente en torno a la edad y el envejecimiento (recomendación 3).

Estas recomendaciones deben ponerse en práctica de manera conjunta siempre que sea posible para potenciar al máximo su repercusión.

La puesta en práctica de estas recomendaciones requiere un compromiso firme y la participación de diferentes sectores (por ejemplo, los de atención de salud y asistencia social, educación, trabajo y empleo, legal y medios de comunicación) y actores (por ejemplo, gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones de desarrollo, instituciones académicas y de investigación, negocios y personas de todas las edades). Para cada recomendación se identifican las acciones fundamentales correspondientes a estos diferentes grupos de interesados directos.

Es esencial que los países adapten estas recomendaciones a sus contextos específicos. Donde sea posible, debe favorecerse un enfoque múltiple que incluya todas las recomendaciones fundamentales, ya que se cree que una acción concertada e integral tendrá mayor probabilidad de producir un cambio transformador.

10.1 RECOMENDACIÓN 1: INVERTIR EN ESTRATEGIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA

PREVENIR Y ABORDAR EL EDADISMO

Los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones de desarrollo y otros interesados directos deben utilizar las soluciones basadas en la evidencia presentadas en este informe para hacer frente eficazmente al edadismo.

En primer lugar, los países deben aplicar políticas y leyes con el alcance legal y material adecuado para prohibir la discriminación por motivos de edad y para fomentar la igualdad de derechos de todas las personas independientemente de su edad. Es igualmente importante que los países modifiquen o deroguen las leyes o políticas en vigor que permiten la discriminación por motivos de edad y que pongan en marcha mecanismos de cumplimiento y órganos de seguimiento para garantizar su aplicación eficaz.

También podrían aumentarse las políticas internacionales y las garantías legislativas contra la discriminación por motivos de edad. En el derecho internacional, actualmente no hay ningún instrumento legal específico para la protección de los derechos humanos de las personas adultas y para eliminar los prejuicios y la discriminación en contra de personas en función de su edad; y la mayor parte de los instrumentos internacionales de derechos humanos no incluyen explícitamente la edad en su enumeración de los motivos de discriminación prohibidos.

En segundo lugar, los gobiernos nacionales y otras partes interesadas deben diseñar y poner en marcha intervenciones educativas formales y no formales ya que estas son unas de las estrategias más eficaces para abordar el edadismo y es probable que sean también

asequibles. Las intervenciones educativas pueden ayudar a eliminar ideas erróneas acerca de diferentes grupos etarios y reducir los prejuicios y la discriminación al transmitir información o fomentar la empatía hacia las personas de otras edades mediante la obtención de perspectiva, por ejemplo, con el empleo de actividades como los juegos de roles, la simulación y la realidad virtual para reducir el edadismo. Estos tipos de intervenciones pueden utilizarse en todos los niveles de enseñanza, desde el jardín de infancia hasta la universidad y las plataformas de aprendizaje a lo largo del curso de vida.

En tercer lugar, deben realizarse inversiones en intervenciones de contacto intergeneracional, que tienen como objetivo fomentar la interacción y el contacto entre personas de generaciones diferentes. En condiciones óptimas, el contacto entre diferentes grupos etarios puede reducir los prejuicios y los estereotipos intergrupales, y sus efectos pueden generalizarse e ir más allá de los participantes inmediatos en la intervención para afectar a todo el grupo externo. Las intervenciones de contacto intergeneracional son unas de las más eficaces para reducir el edadismo contra las personas mayores y parecen prometedoras para reducir también el edadismo contra las personas jóvenes. Además, parecen ser asequibles y relativamente fáciles de llevar a cabo.

10.1.1 Acciones específicas realizadas por grupos de interesados directos

Se presenta a continuación una descripción general de las medidas específicas que pueden adoptar diferentes grupos de interesados directos para aplicar estrategias basadas en la evidencia destinadas a reducir o prevenir el edadismo.

Los gobiernos pueden:

- generar capacidades humanas e institucionales para elaborar y aplicar estrategias basadas en la evidencia para abordar el edadismo;
- elaborar y aplicar leyes y políticas que prohíban la discriminación por motivos de edad y modificar o derogar cualquier ley o política en vigor que cause una discriminación directa o indirecta en contra de las personas en función de su edad; estas medidas deben adoptarse en consulta con personas mayores y con personas jóvenes;
- implantar mecanismos de cumplimiento y órganos de seguimiento para permitir la aplicación eficaz de leyes y políticas que aborden la discriminación, los derechos humanos y la desigualdad;
- ratificar los tratados regionales en vigor que protegen los derechos de las personas mayores o de las personas jóvenes;
- brindar apoyo al desarrollo de mecanismos de protección adicionales a través del derecho internacional y ratificar cualquier nuevo instrumento que pueda crearse;
- llevar a cabo intervenciones educativas en todos los sectores educativos formales y no formales para abordar el edadismo, dirigidas a los diferentes grupos etarios;
- proporcionar los recursos para la ejecución de las intervenciones de contacto intergeneracional.

Los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de desarrollo pueden:

- brindar apoyo a los países en su aplicación de las estrategias basadas en la evidencia para enfrentar el edadismo;
- contribuir al desarrollo de la Campaña Mundial Contra el Edadismo;
- fomentar el conocimiento del edadismo dentro del sistema de las Naciones Unidas, así como la capacidad de detectarlo y abordarlo con el empleo de estrategias basadas en la evidencia;
- encontrar y modificar las normas y los procedimientos que sean edadistas;
- financiar a organizaciones de la sociedad civil que trabajan para abordar el edadismo en países de ingresos bajos y medianos.

Las organizaciones de la sociedad civil pueden:

- abogar por la elaboración de leyes que aborden la discriminación y la inequidad y su cumplimiento, y también ayudar a supervisar la aplicación de estas leyes;
- fortalecer la capacidad de las personas mayores y las personas jóvenes para que puedan abogar por la promulgación de leyes contra la discriminación y la inequidad, hacer el seguimiento de su implementación y fortalecer la participación en estas actividades;
- diseñar y aplicar programas edu-

cativos basados en la evidencia y actividades intergeneracionales para enfrentar el edadismo en contra de diferentes grupos etarios e incorporar estas actividades a los programas existentes, si fuera posible;

- fomentar y establecer una colaboración entre las organizaciones de personas mayores y las organizaciones de personas jóvenes para promover actividades y colaboraciones intergeneracionales.

Las instituciones académicas y de investigación pueden:

- diseñar y aplicar programas educativos basados en la evidencia y actividades intergeneracionales para hacer frente al edadismo contra diferentes grupos etarios;
- colaborar con los gobiernos y la sociedad civil para definir las características esenciales de las tres intervenciones basadas en la evidencia que dan resultado para abordar el edadismo (introducir cambios en políticas y leyes e intervenir mediante actividades educativas y de contacto intergeneracional).

El sector privado puede

- elaborar y poner en práctica políticas e intervenciones en los negocios para prevenir los casos de edadismo y responder a ellos (por ejemplo, mediante la elaboración de programas de tutoría intergeneracional);
- crear capacidad de detección y respuesta frente al edadismo en los empleados y empleadores;
- supervisar la producción de películas,

series de televisión, anuncios, artículos de revistas y periódicos, libros y otras formas de comunicación para conseguir que no sean edadistas.

10.2 RECOMENDACIÓN 2: MEJORAR LOS DATOS Y LA INVESTIGACIÓN PARA LOGRAR UNA MAYOR COMPRENSIÓN DEL EDADISMO Y DE LA MANERA DE REDUCIRLO

Abordar con éxito el edadismo requerirá mejorar nuestra comprensión de todos sus aspectos y de la forma de reducirlo. Será preciso obtener más y mejores datos cuantitativos y cualitativos, en especial en los países de ingresos bajos y medianos, acerca de la prevalencia y la distribución de todas las formas de edadismo contra las personas mayores y de las personas jóvenes (es decir, edadismo institucional, interpersonal y dirigido autoinfligido). Es igualmente importante obtener mejores estimaciones de la prevalencia del edadismo en instituciones específicas como las de atención de salud y cuidados a largo plazo, los lugares de trabajo, los medios de comunicación y los sistemas legales. Estos datos deben obtenerse con el empleo de escalas de medición del edadismo que sean fiables, válidas, comparables y posean validez intercultural. La OMS, en colaboración con otros asociados, está iniciando la elaboración de una escala de este tipo para medir el edadismo.

Las herramientas de medida, metodologías y datos que se están utilizando para la elaboración y evaluación de políticas y programas

tienen que ser modificadas para que reflejen la evidencia científica más reciente, con objeto de encontrar conceptos anticuados y enfoques sesgados (por ejemplo, el uso de la razón de dependencia).

Un mejor conocimiento de los efectos del edadismo contra las personas mayores y las personas jóvenes y de los costos que comporta (para las personas a lo largo de su vida y para la sociedad en general) es fundamental para persuadir a los encargados de formular políticas y al público de las repercusiones de gran alcance que tiene el edadismo y para movilizarlos para hacerle frente. Nuestra falta de conocimiento de los efectos que tiene el edadismo contra las personas jóvenes es una brecha que es preciso abordar. Tan solo mediante la obtención de un mejor conocimiento de los efectos que tiene el edadismo contra las personas jóvenes a lo largo de su vida podremos determinar la gravedad del problema y la prioridad que se le debe asignar.

Abordar con éxito el edadismo requerirá también obtener un mejor conocimiento de los determinantes del edadismo contra las personas mayores y las personas jóvenes, los factores de riesgo y los factores protectores, su importancia relativa, su carácter causal y si los determinantes son o no los mismos en distintos países y culturas.

Lo más importante es que para abordar con éxito el edadismo será preciso realizar esfuerzos de investigación sostenidos y coordinados para perfeccionar las estrategias eficaces existentes, incluidas las políticas y leyes, las intervenciones educativas y las intervenciones de contacto intergeneracional. También será necesaria una mayor investigación sobre las estrategias prometedoras (por ejemplo, las campañas), una mejora de los cálculos de la costo-efectividad de cada posible estrategia y luego una aplicación a mayor escala de las estrategias que hayan

demostrado ser eficaces y tengan una costo-efectividad favorable.

También será precisa una investigación sobre la aplicación para ayudar a definir los componentes esenciales de las estrategias eficaces; elaborar y poner a prueba nuevas estrategias en ensayos multicéntricos e internacionales; adaptar las estrategias existentes a nuevos contextos; y explorar los obstáculos y los factores facilitadores de una aplicación sostenida y a gran escala de estrategias de reducción del edadismo.

Para facilitar estas tareas, será importante también que los países lleven a cabo evaluaciones de la preparación y la capacidad del país para así detectar aquellas áreas que deben ser reforzadas y poder ampliar con éxito a mayor escala las estrategias de reducción del edadismo; serán necesarias, por ejemplo, evaluaciones de los recursos humanos e institucionales, el financiamiento, la voluntad y apoyo políticos y la coordinación y gobernanza.

Los países de ingresos bajos y medianos deben tener una prioridad máxima en todos los ámbitos de obtención de datos e investigación, ya que la mayor parte de los datos y de la investigación sobre todos los aspectos del edadismo proceden de los países de ingresos altos, en los que vive una minoría de la población mundial. Estos países son también una prioridad porque la prevalencia más alta del edadismo, al menos el dirigido contra las personas mayores, se ha observado en los países de ingresos bajos y medianos.

10.2.1 Acciones específicas realizadas por grupos de interesados directos

Se presenta a continuación una descripción general de algunas de las acciones específicas que pueden realizar diferentes grupos

de interesados directos para mejorar los datos y la investigación sobre el edadismo.

Los gobiernos pueden:

- asignar recursos a los aspectos de la investigación sobre el edadismo que se consideren prioritarios en el país y canalizar esos recursos a través de los organismos y fundaciones nacionales de financiamiento de la ciencia pertinentes;
- modificar cualquier enfoque de recogida de datos nacional o local que pueda tener un sesgo en función de la edad;
- brindar apoyo a las pruebas de la escala de medición del edadismo que la OMS está elaborando junto con otros asociados;
- incluir módulos sobre el edadismo contra las personas jóvenes y contra las personas mayores en las encuestas sociales nacionales y en las acciones de obtención de datos de ámbito nacional que aborden el envejecimiento y la salud u otras cuestiones de interés, basándose en una escala validada del edadismo, como la que están elaborando la OMS y otros colaboradores.

Los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de desarrollo pueden:

- incluir módulos acerca del edadismo contra las personas jóvenes y las personas mayores en las encuestas internacionales que ayudan a realizar, como la Encuesta de Demografía y Salud;
- aumentar las capacidades de investi-

gación y obtención de datos, y financiar a los investigadores que trabajan en el edadismo, en especial en los países de ingresos bajos y medianos;

- examinar los conceptos estadísticos, los instrumentos de obtención de datos y los enfoques metodológicos usados en la formulación y la evaluación de las políticas para encontrar y modificar las que puedan tener un sesgo en función de la edad;
- brindar apoyo para la obtención y difusión de información desglosada por edad acerca de las personas mayores y las personas jóvenes;
- elaborar junto con la OMS una escala de medición válida para el edadismo y recomendar a los gobiernos y las instituciones de investigación que la usen en estudios independientes o asegurarse de que se integra en otras iniciativas de obtención de datos.

Las organizaciones de la sociedad civil pueden:

- contribuir a la evaluación y el seguimiento de las estrategias destinadas a reducir el edadismo y colaborar con los investigadores para brindar apoyo a la investigación aplicada en el campo del edadismo;
- abogar por que los gobiernos modifiquen los instrumentos de obtención de datos y los enfoques metodológicos que tengan un sesgo en función de la edad, con objeto de continuar obteniendo una base de evidencia sólida acerca del edadismo y usar escalas validadas para el edadismo, como la que están elaborando la OMS y sus colaboradores;

- obtener evidencia, en colaboración con instituciones de investigación, sobre las experiencias de edadismo vividas, desde la perspectiva de las personas mayores y de las personas jóvenes, y sobre los efectos que ello ha tenido en sus vidas.

Las instituciones académicas y de investigación pueden:

- realizar investigación de alta calidad para abordar las brechas en los datos y en la investigación que se han identificado en este informe y elaborar y ampliar el uso a gran escala de estrategias con una costo-efectividad favorable para reducir el edadismo, en consulta con las personas de los grupos etarios pertinentes;
- brindar apoyo a la puesta a prueba de la escala de medición del edadismo que está elaborando la OMS con otros colaboradores y fomentar su adopción en las diversas actividades de investigación sobre el edadismo.

El sector privado puede:

- realizar evaluaciones integrales y rigurosas del edadismo en el lugar de trabajo;
- apoyar económicamente la investigación sobre el edadismo a través de los organismos de financiamiento de la ciencia y las fundaciones nacionales pertinentes.

10.3 RECOMENDACIÓN 3: CREAR UN MOVIMIENTO PARA CAMBIAR EL DISCURSO SOBRE LA EDAD Y EL ENVEJECIMIENTO

El edadismo es endémico y se seguirá extendiendo a menos que se adopten las medidas apropiadas, tanto para prevenirlo como para responder a él, y todos nosotros tenemos un papel que desempeñar para lograrlo. Los países (a todos los niveles y a través de todas las instituciones), las organizaciones internacionales (incluidos los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, las empresas multinacionales), las organizaciones nacionales, las comunidades y las personas pueden unirse al movimiento orientado a cambiar el discurso existente acerca de la edad y el envejecimiento.

Varios organismos internacionales, instituciones y organismos regionales de las Naciones Unidas están trabajando ya para abordar el edadismo o tienen mandatos o actividades de gran importancia cuyo objetivo es reducirlo, como los relativos a los derechos humanos, el derecho internacional, los asuntos económicos y el desarrollo sostenible. Las organizaciones no gubernamentales internacionales y el sector privado pueden ayudar a mejorar la concientización local y mundial frente al edadismo de ciudadanos, empleadores y corporaciones, y pueden reducir el edadismo dentro de sus propias estructuras. Aunque ha habido esfuerzos conjuntos, la coordinación de todos estos organismos y grupos de interesados directos es todavía insuficiente. Esto es algo que debe remediarse para evitar una duplicación innecesaria

y para aprovechar las economías derivadas del uso conjunto del conocimiento experto, las redes sociales, el financiamiento y los recursos nacionales y para adoptar medidas colectivas para reducir el edadismo dentro de esas instituciones.

La creación de una coalición mundial para impulsar este movimiento y facilitar el cambio del discurso sobre la edad y el envejecimiento es algo que debe explorarse para mejorar la cooperación y la comunicación entre los diferentes grupos de interesados directos que trabajan en este campo. Una coalición podría lograr una mejor puesta en común de los conocimientos, un acuerdo respecto a los objetivos de prevención y respuesta frente al edadismo, y una acción coordinada. Por ejemplo, una red de investigadores y profesionales podría mejorar enormemente la base de conocimientos a nivel mundial y ayudar a perfeccionar las estrategias de intervención, examinar las metodologías y analizar de forma crítica los resultados de la investigación.

Un intercambio más amplio de información y de ideas es crucial para el progreso futuro, junto con el trabajo de las autoridades gubernamentales, los prestadores de servicios y los grupos de promoción de la causa. Los grupos de promoción de la causa que trabajan para cambiar el discurso respecto a la edad y el envejecimiento, así como los que luchan contra el sexismo, el racismo y el capacitismo, son asociados importantes en el combate contra el edadismo, ya que pueden movilizar recursos, recopilar y transmitir información sobre problemas importantes y organizar campañas que puedan tener repercusiones en los encargados de formular políticas.

Por consiguiente, se podría ganar mucho creando una coalición que facilitara la aplicación de estrategias basadas en la evidencia, el intercambio de información, el desarrollo de investigación conjunta y la promoción de la causa.

10.3.1 Acciones específicas realizadas por grupos de interesados directos

Se presenta a continuación una descripción general de algunas de las acciones específicas que pueden realizar diferentes grupos de interesados directos para crear un movimiento para el cambio del discurso sobre la edad y el edadismo.

Los gobiernos pueden:

- convocar y coordinar coaliciones nacionales y locales multisectoriales y de muchos interesados directos para prevenir el edadismo y responder a él;
- contribuir a la coalición mundial cuyo objetivo es el cambio del discurso existente sobre la edad y el envejecimiento, incluida la puesta en común de conocimientos y experiencias.

Los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de desarrollo pueden:

- desarrollar y contribuir a la coalición mundial cuyo objetivo es combatir el edadismo, en especial aportando a la coalición el conocimiento experto de las organizaciones (por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo podría apoyar las políticas y la legislación en el lugar de trabajo);
- brindar apoyo a los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil que procuran crear capacidad para la aplicación de estrategias basadas en la evidencia;
- elaborar una orientación técnica para ayudar a diferentes interesados directos a modificar el discurso existente acerca de la edad y el envejecimiento;

- adoptar medidas para poner fin al edadismo dentro de las Naciones Unidas y dentro de las organizaciones de desarrollo, incluido el examen de las políticas y procedimientos en vigor y la elaboración de nuevas normas y regulaciones según sea necesario.

Las organizaciones de la sociedad civil pueden:

- alentar a los gobiernos a combatir el edadismo y también crear coaliciones nacionales para brindar apoyo a los esfuerzos de promoción de la causa;
- detectar el edadismo sistemático e informar sobre ello a las autoridades pertinentes (por ejemplo, organismos de igualdad, defensor del pueblo, instituciones nacionales de derechos humanos);
- unirse y contribuir a la coalición mundial y brindar apoyo a la aplicación de las medidas recomendadas por la coalición;
- concientizar y crear conocimiento en las comunidades acerca de lo que es el edadismo y por qué debemos trabajar todos por ponerle fin.

Las instituciones académicas y de investigación pueden:

- aportar conocimiento e información a la coalición mundial;
- ayudar a supervisar y evaluar los programas y las actividades encaminadas a afrontar el edadismo.

El sector privado puede:

- contribuir a la coalición mundial mediante la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia en los negocios y mediante la puesta en común de la información sobre las mejores prácticas.

10.4 CONCLUSIONES

Ha sido necesario que transcurran más de 50 años desde que se acuñó el término "edadismo" para crear una base de evidencia que permitirá transformar la forma en la que pensamos, sentimos y actuamos respecto a la edad y el envejecimiento.

Hoy podemos actuar. Este informe ha identificado tres estrategias fundamentales para hacer frente al edadismo en todo el mundo: hacer cambios en las políticas y las leyes e intervenir mediante actividades educativas y de contacto intergeneracional. Se han descrito también otras áreas de investigación que deberán proseguirse para avanzar en nuestro conocimiento de este fenómeno y la mejor forma de abordarlo.

Todas las personas pueden y deben hacer algo para poner fin al edadismo. Si los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones de desarrollo, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones académicas y de investigación aplican las estrategias que han resultado eficaces, si invierten en investigación adicional y si las personas y las comunidades se enfrentan con cada caso de edadismo que encuentren, juntos crearemos un mundo para todas las edades.

GLOSARIO

Actitudes: Incluyen tanto los estereotipos como los prejuicios.

Actividades e intervenciones de contacto intergeneracional: Las que procuran fomentar la interacción y el contacto entre personas de diferentes generaciones o grupos etarios, a menudo para reducir el edadismo. Pueden incluir un contacto directo mediante las interacciones personales o un contacto indirecto, por ejemplo, a través de conversaciones virtuales o contactos imaginados.

Actividades o programas educativos: Toda actividad que proporcione capacitación con la finalidad de mejorar los conocimientos, aptitudes y competencias. La educación formal consiste en la educación o enseñanza que tiene lugar en un centro de enseñanza formal, como una escuela o una universidad; sigue un programa de estudios; tiene objetivos de aprendizaje claros; y ha obtenido una acreditación oficial. La educación o enseñanza no formal es generalmente voluntaria y tiene lugar en instituciones como el centro de trabajo o un centro comunitario. Sin embargo, no sigue necesariamente un programa de estudios ni dispone necesariamente de acreditación.

Amenaza de estereotipo: Surge cuando las personas manifiestan un desempeño inferior al esperado en una tarea debido a su preocupación por confirmar un estereotipo negativo respecto a su grupo. Por ejemplo, una persona mayor puede hacer peor una prueba de conducción o una prueba cognitiva debido a su ansiedad respecto a confirmar estereotipos acerca de que las personas mayores son malas conductoras o tienen una menor capacidad mental.

Asistencia social: Ayuda para las actividades cotidianas, como el cuidado personal o el mantenimiento del hogar.

Atribución de estereotipos: Proceso de aplicar estereotipos, que puede conducir a una excesiva generalización, de tal manera que se considere que todas las personas de un determinado grupo social son iguales.

Bienestar: El conjunto total de dominios de la vida humana, incluidos los aspectos físicos, mentales y sociales, que constituye lo que puede llamarse una "vida buena". Incluye dominios como la felicidad, la satisfacción y la plenitud.

Campaña: Intentos voluntarios de informar los comportamientos o influir en ellos en un público amplio dentro de un periodo de tiempo especificado, mediante el empleo de un conjunto organizado de actividades de comunicación y la presentación de una variedad de mensajes a través de múltiples canales, para producir beneficios no comerciales para las personas y la sociedad.

Capacitismo: Estereotipos, prejuicios y discriminación en contra de personas con discapacidad o de personas que son percibidas como afectadas por una discapacidad. El capacitismo parte del supuesto de que las personas con una discapacidad se definen por

sus discapacidades y son inferiores a las personas que no tienen ninguna discapacidad.

Dependencia del cuidado: Surge cuando la capacidad funcional de una persona ha disminuido hasta un punto en el que deja de ser capaz de llevar a cabo las tareas básicas que son necesarias para la vida cotidiana sin la ayuda de otras personas.

Derechos humanos: Derechos que tienen todas las personas por el simple hecho de ser seres humanos, sea cual sea su edad, ciudadanía, nacionalidad, raza, origen étnico, idioma, sexo, sexualidad o capacidades. Cuando estos derechos inherentes al ser humano se respetan, las personas pueden vivir con dignidad e igualdad, sin sufrir discriminación. El concepto de derechos humanos tiene sus orígenes en una amplia gama de tradiciones filosóficas, morales, religiosas y políticas, y ha evolucionado con el transcurso del tiempo.

Desnormalización: Aumento de la falta de aceptación social de un comportamiento al reforzar la percepción de que no es una actividad establecida ni normal en la sociedad en cuestión.

Determinantes: Son los factores de riesgo y los factores protectores. Los factores de riesgo son aquellas características que aumentan la probabilidad de un resultado específico, el edadismo en el caso de este informe. Los factores protectores son aquellas características que reducen la probabilidad de un resultado o mitigan el riesgo. Para ser eficaces, las intervenciones deben actuar sobre los determinantes causales que modifican el resultado (es decir, el edadismo) y no solo sobre los determinantes que se asocian (quizás espuriamente) con el resultado.

Diferencia media estandarizada: Se usa como estadígrafo descriptivo de resumen en los metanálisis cuando todos los estudios evalúan el mismo parámetro de valoración pero lo miden de maneras diferentes (por ejemplo, si todos los estudios miden la depresión, pero utilizan para ello escalas diferentes). En tal caso, es necesario estandarizar los resultados de los estudios respecto a una escala uniforme antes de poder combinarlos. La diferencia media estandarizada expresa la magnitud del efecto de la intervención en cada estudio en relación con la variabilidad observada en ese estudio.

Discriminación: Toda acción, práctica, ley o política que se aplica a las personas en función de su pertenencia real o percibida a un grupo definido socialmente y que comporta para ellas alguna forma de desventaja (discriminación negativa) o de ventaja (discriminación positiva) directa o indirecta. En el caso de la discriminación en función de la edad, estas acciones, prácticas y políticas se aplican a personas que se percibe que forman parte de un grupo etario específico.

Edad: Período vivido desde el nacimiento. Aunque está correlacionada con los procesos biológicos, la edad se configura también de manera social y cultural.

Edadismo autoinfligido (también conocido como "edadismo autoinfligido"): Edadismo que una persona dirige contra sí misma. Las personas interiorizan los sesgos basados en la edad a partir de la cultura circundante después de estar expuestas reiteradamente a ella, y luego los aplican a sí mismos.

Edadismo explícito: Edadismo consciente y voluntario adoptado por una persona. A menudo se contrasta con el edadismo implícito, que se da en gran parte sin una percepción consciente de su existencia.

Edadismo implícito: El edadismo que se da en una persona sin que sea de forma consciente y voluntaria.

Edadismo institucional: Leyes, normas, regulaciones, políticas y prácticas de instituciones —y las ideologías que se promueven para justificarlos— que limitan injustamente las oportunidades y desfavorecen sistemáticamente a determinadas personas en función de su edad.

Edadismo interpersonal: Edadismo que se produce durante las interacciones entre dos o varias personas. En el edadismo interpersonal, se diferencia a la persona que lo causa de la que lo sufre.

Edadismo según el género: Intersección entre el edadismo y el sesgo por razones de género, que puede explicar las diferencias existentes entre el edadismo que sufren las mujeres y el que sufren los hombres.

Edadismo: Estereotipos, prejuicios y discriminación contra otras personas o autoinfligido por razones de edad.

Efecto: Consecuencia, efecto o influencia que tiene una cosa en otra.

Empatía: Capacidad de percibir las emociones de otras personas, junto con la capacidad de imaginar lo que otra persona pueda estar pensando o sintiendo.

Enfoque: Forma en la que se estructura y se presenta la información sobre un determinado tema. Mediante el enfoque, las cuestiones a abordar pueden destacarse y situarse en un determinado contexto para fomentar o desalentar determinadas interpretaciones. Así pues, el enfoque aplica una influencia selectiva en la forma en la que las personas ven la realidad.

Envejecimiento: Proceso de avance de la edad que consiste en la acumulación de cambios con el paso del tiempo, incluidos los de tipo físico, psicológico y social. Los cambios que configuran el envejecimiento e influyen en él son complejos. A nivel biológico, el envejecimiento se asocia con una acumulación gradual de una amplia variedad de daños moleculares y celulares. Con el transcurso del tiempo, este daño conduce a una disminución gradual en las reservas fisiológicas, un mayor riesgo de padecer muchas enfermedades y una disminución general de las capacidades de la persona. En último término, conducirá a la muerte.

Estereotipos: Estructuras cognitivas que conservan nuestros pensamientos, creencias y expectativas acerca de las características de los miembros de los grupos sociales. En el caso del edadismo, los estereotipos relativos a la edad se emplean para realizar inferencias y orientar comportamientos respecto a las personas de un determinado grupo etario.

Factores de riesgo: Características que aumentan la probabilidad de que se produzca un resultado (el edadismo en este informe).

Factores protectores: Características que reducen la probabilidad de que se produzca un resultado (el edadismo en este informe) o proporcionan una amortiguación del riesgo de que se dé.

Infantilización del lenguaje (al dirigirse a las personas mayores) (elderspeak): Consiste en la adaptación a unos patrones de lenguaje que a veces llevan a cabo personas jóvenes al comunicarse con personas mayores, como hablar más despacio o más alto, formular frases cortas o usar un vocabulario limitado o menos complejo. Estos patrones de lenguaje simplificado se basan implícitamente en el supuesto de que las personas mayores tienen un deterioro cognitivo o son incapaces de comprender el lenguaje normal.

Interseccionalidad: Marco teórico para comprender cómo se combinan diferentes aspectos de la identidad social y política de una persona (por ejemplo, género, sexo, raza, clase, sexualidad, religión, discapacidad, aspecto físico) y cómo pueden potenciarse para configurar la experiencia de una persona o de un grupo y crear formas específicas de discriminación y de privilegio.

Juventud: Período de transición de la niñez a la edad adulta. Para fines estadísticos, a menudo se considera que la juventud abarca a las personas de entre 15 y 24 años, aunque el consenso respecto al intervalo etario exacto es escaso.

Ley: Sistema de regulaciones que un determinado país o comunidad reconoce como forma de regulación de las acciones de sus miembros y cuyo cumplimiento puede ser exigido mediante la aplicación de sanciones. Incluye la legislación internacional y la nacional. La legislación internacional define las responsabilidades legales de los Estados en su interrelación y la forma en la que tratan a las personas dentro de sus fronteras estatales. La legislación nacional consiste en las leyes en vigor en un determinado país.

Magnitud del efecto: Medición cuantitativa de la intensidad de la relación entre dos variables que usa una unidad de medición estandarizada. Resulta particularmente útil para cuantificar la eficacia de una intervención en comparación con la de otra.

Maltrato de personas mayores: Acción o falta de acción apropiada, en una sola ocasión o de manera reiterada, que se produce en cualquier relación en la que hay una expectativa de confianza, y que causa daño o angustia a una persona mayor. El maltrato de personas mayores puede adoptar diversas formas, como la económica, la física, la psicológica y la sexual. También puede ser el resultado del abandono.

Normas sociales: Reglas o expectativas sobre el comportamiento que se aplican dentro de un grupo social o cultural específico. Estas normas sociales, a menudo tácitas, proporcionan unos patrones sociales de comportamiento apropiado e inapropiado, y regulan lo que es (y no es) aceptable y coordinan nuestras interacciones con los demás. Se cree que hay diversas presiones externas e internas que mantienen las normas culturales y sociales. Por lo tanto, se disuade a las personas de transgredir las normas mediante la amenaza de la desaprobación social o el castigo y los sentimientos de culpa y vergüenza que se producen como resultado de la interiorización de las normas.

Persona joven: Una persona de edad inferior a la mediana de la esperanza de vida al nacer. En este informe se consideran personas jóvenes a las de menos de 50 años.

Persona mayor: Una persona cuya edad ha superado la mediana de esperanza de vida al nacer. En este informe, se consideran personas mayores a las que tienen más de 50 años.

Políticas: Decisiones, planes y acciones que se aplican para alcanzar metas específicas dentro de una sociedad.

Prejuicio: Reacción afectiva o sentimiento respecto a una persona que forma parte de un grupo social específico. En el caso del edadismo, el prejuicio va dirigido a las personas que se percibe que forman parte de un grupo etario específico, tanto si pertenecen realmente a ese grupo como si no.

Racismo: Estereotipos, prejuicios o discriminación en contra de personas en función de su raza y que generalmente comporta la creencia de que la raza propia es superior a las demás. En la actualidad hay un acuerdo amplio respecto a que el concepto de raza es fundamentalmente un concepto social sin significado biológico, y que es un indicador muy débil de la diversidad genética humana.

Ratificación: Acto voluntario por el cual un Estado indica que consiente en obligarse a lo que establece un tratado o una convención.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sexismo: Prejuicio, aplicación de estereotipos o discriminación, habitualmente contra mujeres y niñas, en función del sexo o el género.

Sexualidad: Un aspecto central del ser humano, que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer sexual, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o se expresan en todos los casos. La sexualidad se ve afectada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales.

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Abandono 61
 Abusos económicos 61
 Acciones de los gobiernos 176, 179, 181
 Acciones de los interesados directos 175-177, 178-180, 181-182
 Actitudes 34-35, 95
 Adultismo xxiv
 África subsahariana, viudas y las acusaciones de brujería 13, 41
 Aging Game 135
 Aislamiento social 59-60, 144
 Alemania,
 autopercepción del envejecimiento 41
 deterioro cognitivo 58
 personajes de la televisión 30
 Amenaza de estereotipo 11, 59, 82
 Amistades 77, 97, 143, 151
 Ansiedad acerca del envejecimiento 77
 Anuncios 30-31
 Aplicación de estrategias basadas en la evidencia xx, 174-176
 Aplicación de tratamientos de soporte vital 24
 Aprendizaje continuo 34,
 Aprendizaje práctico para la prestación de servicios 146
 Asistencia social 4, 24, 29
 Aspecto físico 13
 Atención de salud 7, 12-13, 24-27, 57
 Australia
 campañas 158-166
 cuidados de largo plazo 25-26
 edadismo en el lugar de trabajo 58, 92
 intervención educativa 130
 pobreza 62
 Autoestima 95-96, 144
 Autopercepciones 41

B

Bélgica, edadismo en el lugar de trabajo 29
 Bienestar 59-62, 97-98, 145
 Bienestar social 59-62, 95-96, 144
 Botswana, VIH 57
 Brasil
 efecto del edadismo 96

 percepción de edadismo 38
 Brujería 12, 40
 Burkina Faso, brujería 41
 Butler, Robert 41

C

Calidad de vida 59
 Cambio del discurso 180-182
 Campaña Best Before Date 162,
 Campaña mundial Not Too Young to Run 161
 campañas 158-164, 165-166
 Campañas informadas por las cuestiones culturales 164
 Campañas de prevención del consumo de tabaco 162
 Campañas interactivas 163-164
 Canadá
 campañas 163
 cuidados a largo plazo 25
 racismo y edadismo 13
 vivienda 112
 Capacitación en competencias sociales 132-133
 Capacitismo 11
 Características individuales
 causantes del edadismo 75-80, 96-97
 objeto del edadismo 80, 98
 Carta Africana de la Juventud 110
 China
 caracterizaciones utilizadas en los medios de comunicación 30
 enfermedades de transmisión sexual 57
 mortalidad 59
 soledad 59
 China, Hong Kong, Región Administrativa Especial
 caracterizaciones utilizadas en los medios de comunicación 158-160
 intervenciones de contacto intergeneracional 142-144
 Comportamientos de riesgo para la salud 55-56
 Concientización del público 115
 Conocimientos acerca del envejecimiento 80, 82, 144
 Consulta pública 115
 Contacto con personas mayores, véase

intervenciones de contacto intergeneracional.
 Contacto indirecto ampliado 143
 Contacto indirecto imaginado 143, 149
 contacto intergeneracional directo 143, 147
 Contacto intergeneracional indirecto 149
 Contexto, edadismo interpersonal 75, 80-82
 Convención Europea sobre los Derechos Humanos 109
 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes 110
 Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores 112-113
 Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial 111
 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 109
 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 109
 Corea, caracterizaciones utilizadas en los medios de comunicación 31-32
 Corte Africana de Derechos Humanos y de las Personas 109
 Corte Interamericana de Derechos Humanos 109
 Costos económicos
 campanas 158, 159, 160
 edadismo contra las personas mayores 74, 75
 intervenciones de contacto intergeneracional 142
 intervenciones educativas 128
 leyes y políticas 114, 116
 Costos véase Costos económicos
 Crear un movimiento para reducir el edadismo xx, 174, 180-181
 Credibilidad de los testigos 32
 cuidados a largo plazo 25-26, 60
 Cumplimiento de las leyes y las políticas 114

D

Datos de salud pública 34
 Debates en grupos 131-132
 Década del Envejecimiento Saludable: 2021-2030 xxiv
 Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento 109
 Definición de edadismo 2-8
 Delito
 temor a 59
 víctimas de 61
 Democracias 115

Dependencia del cuidado 74, 111
 Depresión 58
 Derecho internacional 106-107
 Derecho nacional 107
 desastres naturales 33
 Desnormalización de comportamiento 163
 determinantes del edadismo xxvii, 73-75, 81-83
 Diálogos en las películas de Hollywood 31
 Diferencias culturales 36
 Diferencias en el edadismo a lo largo del tiempo 39
 Diferencias relativas a los países en edadismo 40-41, 80-82
 Directrices PRISMA 56, 84, 134
 Discapacidad 11-12, 54
 Discriminación 2-3, 5, 9
 Disonancia cognitiva 107
 Disponibilidad de recursos 115
 Documentales sobre la vida de personas 130-131

E

Edad determinada socialmente 3
 Edad, determinante del edadismo 75, 80, 96-97
 Edadismo
 definición 2-9
 escalas de medición 34
 otros "-ismos" 10-13
 teorías 78-79
 terminología xxiv
 Edadismo contra uno mismo 7-9, 41--42, 81-82
 "Edadismo de Silicon Valley" 81
 Edadismo explícito 8
 Edadismo implícito 8-9
 Edadismo institucional 6-7, 9, 24-34, 92-95, 99
 Edadismo interpersonal 6-8, 34-39, 74-75, 92-95, 99
 Edadismo según el género 12, 38, 41, 64, 75, 94
 Educación
 como determinante del edadismo 74
 edadismo institucional contra las personas mayores 35
 intervenciones para reducir el edadismo xii, 128-136, 143-144, 165
 Educación de adultos 34
 Efecto del edadismo xviii, 53-71, 94-96
 Efectos del edadismo en la salud 54-61, 64
 Egipto, edadismo en la política 94
 Emergencias debidas a conflictos 33
 Empleo véase Lugar de trabajo
 Enfermedad de Parkinson 25

Enfermedades de transmisión sexual 26, 56-57
 Enfoque 162
 Ensayos clínicos 25, 57
 Enseñanza 98-99
 Enseñanza superior 32
 Escala del edadismo xviii, 23-50, 92-95
 Escala de expectativas respecto al envejecimiento 35
 España, edadismo en el lugar de trabajo 29
 Esperanza de vida sana 80-81
 Estadísticas, edadismo en las 34
 Estado de salud 80, 81, 92
 Estados Unidos
 capacitismo 11
 costos del edadismo en la atención de salud 63
 edadismo en el lugar de trabajo 62-63
 enseñanza superior 32
 intervención educativa 130-131
 intervención educativa y de contacto intergeneracional combinada 145-146
 leyes contra la discriminación 108
 mitigación de los efectos del edadismo 164
 personajes de la televisión 30
 racionamiento de la atención de salud 24
 racismo y edadismo 13
 Estereotipos 3-5, 9-13, 165
 Estereotipos implícitos 165
 Estereotipos implícitos o subliminales 192
 Estereotipos sobre uno mismo 10
 Estímulo de los padres 151
 Estudios experimentales, forma en la que se presenta a las personas mayores 81
 Eventos adversos por los medicamentos 57
 EveryAGE Counts 162-164
 Experiencia de edadismo 39-41, 95

F

Facebook 31
 Facts on Ageing Quiz 80
 Finlandia
 edadismo en el lugar de trabajo 59
 soledad 58
 Fracción de población atribuible 56
 Fumar 56
 Función cognitiva 58, 96

G

Generalización excesiva 3
 Género, determinante del edadismo 75, 97

Ghana, brujería 41
 Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento 117-118
 Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento (ONU) 117-118

H

HelpAge International 160
 Heterosexismo 13
 Hogar compartido 149
 Hogares con un salto generacional 143
 Homofobia 13

I

Identidad familiar 151
 Industria centrada en productos antienvjecimiento 12
 Industria centrada en productos de belleza 12
 Infantilismo xxiv,
 Infantilización del lenguaje, infantilismo en el lenguaje 8
 Inseguridad económica 62
 Instituciones académicas, acciones 177, 180, 182
 Instituciones de investigación, acciones 176-180, 181
 Instituciones financieras 33
 Intervención basada en el plan de estudios 131
 Intervención de realidad virtual 131-132, 135
 Intervenciones de contacto intergeneracional xviii, 78, 140-154, 175
 Irán, intervención educativa 130
 Israel
 cuidados a largo plazo 25
 sistema legal 31-32

J

Japón
 anuncios de televisión 33-34
 mitigar los efectos del edadismo 164-165
 vivienda 33-34
 Jubilación 30 - 32, 66
 Juegos de roles 134

L

Legislación interna 107
 Legislación relativa a los derechos humanos 109
 Lenguaje xxiii, xxiv
 Leyes xix, 105-125, 175
 Leyes contra la discriminación 108, 112, 114
 Literatura 39

Lugar de trabajo 4, 12, 28-29, 59, 62-63, 92-93, 96, 110

M

Maltrato 61
 Maltrato físico 61
 Maltrato psicológico 61
 Mauricio, Ley de Igualdad de Oportunidades (2012) 114
 Mediciones del edadismo 35
 Medios de comunicación 4, 28, 30-31, 59
 Mejorar la empatía 128-129
 Método GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) 134
 Mitigar de los efectos del edadismo 164, 165, 166
 Modelo de costo-efectividad y planificación estratégica de la OMS 116
 Mortalidad 55, 60
 Mortalidad prematura 34
 Mujeres, edadismo contra 12, 31, 33, 40, 60, 98

N

Naturaleza del edadismo xvii, 1-20
 Nietos y abuelos 81-82, 143, 149-152
 Nigeria
 películas 30
 política 161
 Niños, comienzo del edadismo 10
 Normas sociales 107, 115

O

Obtención de datos xvii-xix, 34, 177-180
 Oportunidades de investigación xviii-xix, 56, 84, 100, 119, 134, 159, 177-180
 Organismos de las Naciones Unidas, 176, 179, 181
 Organizaciones de desarrollo, acciones 176, 179, 181
 Organizaciones de la sociedad civil 174-176, 179, 181-182

P

Panamá, edadismo contra uno mismo 41
 Pandemia de COVID-19 26-28
 Participación de la comunidad 163
 Películas de Hollywood 31
 Percepciones de edadismo 39-41
 Personas jóvenes, edadismo contra las 90-102
 determinantes xviii, 96-98
 edadismo institucional 92-94, 98

edadismo interpersonal 94, 96-98
 efectos de xviii, 94-96
 escala de xviii, 92-94
 políticas y leyes para reducir o eliminar el edadismo contra los jóvenes 110
 intervenciones de contacto intergeneracional 145-148.
 lugar de trabajo 92-93, 96
 políticas 93-94, 161
 sistema legal 93
 vivienda 94

Personas mayores, edadismo contra
 atención de salud y asistencia social 13, 25-29, 65
 desastres naturales 33
 determinantes xviii, 73-89
 edadismo contra uno mismo 40-41, 80-81
 edadismo insitucional 24-34
 edadismo interpersonal 35-40, 74-80
 educación 34
 efectos de xvii, 54-70
 efectos económicos 60-64
 efectos en la salud 55-614
 emergencias debidas a conflictos 32
 en la obtención de datos 33
 en las estadísticas 34
 escala de xviii, 24-52
 instituciones financieras 33
 lugar de trabajo 12, 29-30
 medios de comunicación 28, 30- 31, 59
 sistema legal 32
 tecnología 33
 vivienda 29

Planes de crédito 33
 Planes de crédito y préstamo 33
 Pobreza 62
 Polifarmacia 57
 Política 95-96, 161
 Políticas xvii, 93-111, 155
 Portugal, intervenciones de contacto intergeneracional 149
 Prácticas de prescripción de medicamentos 57
 Prejuicios 3, 6, 9-10
 Prensa 30
 Prestación de pensiones 62, 108
 Primas de seguros 33
 Procedimientos judiciales 32
 Profesionales de la salud 25-28, 42, 55, 75, 135
 Programa Aconchego 147
 Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el Año 2000 y Años Subsiguientes 110

Programa de educación positiva acerca del envejecimiento y experiencias de contacto 145
 Programa intergeneracional de crecimiento y vinculación de personas jóvenes con personas mayores 147
 Programación de la ayuda humanitaria 33
 Protocolo de la Unión Africana 111-12

R

Racismo 13, 94
 Rasgos de la personalidad 75, 98
 Razón de dependencia 34
 Recomendaciones para la acción xix-xx, 174-182
 Redes sociales 28, 30, 162-163
 Reducción del edadismo
 campañas 158-164, 165-166
 crear un movimiento xix, 180-182
 intervenciones de contacto intergeneracional xix, 127-138, 144, 145-146, 175
 intervenciones educativas xix, 80, 142-155, 175
 políticas y leyes xix, 104-125, 176
 Reino Unido
 instituciones financieras 32
 intervención de contacto intergeneracional 149
 intervención educativa 131-132
 soledad 60
 República Unida de Tanzania, brujería 41
 Rituales de purificación 40

S

Salud física 55-58, 60. 81
 Salud mental 25, 57-58, 59-60, 81, 94
 Sectores laborales 81, 99
 Sectores profesionales 81, 99
 Sector privado 176-177, 180, 182
 Seguimiento de las políticas y leyes 116
 Seguros para viajes 33
 Sesgo implícito 107
 Sexismo 11-12, 31-33, 41, 60
 Sexo, determinante del edadismo 75, 96
 Sexualidad 12-13, 60-61
 Singapur, intervenciones de contacto intergeneracional 144, 146
 Sistema legal, edadismo en 31-32, 93
 Soledad 59-60, 144
 Suecia, políticas sobre la discapacidad 11
 Suiza, edadismo en el lugar de trabajo 30
 Suministro de la información 99, 129, 134

T

Take a Stand Against Ageism 160
 Talleres 130
 Tecnología 32
 Televisión 30-31
 Temor a la muerte 77
 Teoría de la amenaza entre grupos o intergrupala 78
 Teoría de la disuasión 107
 Teoría de la encarnación de estereotipos 79
 Teoría del contacto intergrupala 78, 143
 Teoría del manejo del terror 75, 78
 Teorías sobre el edadismo 78-79
 Trabajo colaborativo 164
 Trasplante de órganos 32
 Twitter 28, 30

U

Unión Europea, directiva del marco de igualdad en el empleo 111
 Uruguay, política y leyes 112-1143
 Uso de medicamentos 52

V

Videojuegos 144- 146
 VIH 57
 Violencia, riesgo para las personas mayores 61-62
 Viudas 12, 40
 Vivienda
 edadismo en 32, 94
 hogar compartido 149

W

Weibo 28





World Health Organization



United Nations

Department of Economic and Social Affairs



UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER

