

eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

Departamento de Fisiología / Fisiologiako Saila

---

**Consideración integral del edadismo. Análisis de la  
relación entre estereotipos negativos del  
envejecimiento y las distintas dimensiones que  
conforman las personas mayores en dos contextos  
sociales distintos**

---

TESIS DOCTORAL

**BORJA DONCEL GARCÍA**

DIRECTORES:

Dr. Jon Irazusta Astiazaran

Dra. Izarne Lizaso Elgarresta

*Leioa, 2020*

(c)2020 BORJA DONCEL GARCÍA



*A mis padres*

*A mi hermana*

*A Tere y Margarita, en honor a su memoria*



# **AGRADECIMIENTOS**



La Tesis Doctoral que disponen frente a ustedes es fruto de la colaboración y cooperación de un grupo de personas cuya profesionalidad y solidaridad es totalmente encomiable. En este apartado, pretendo agradecer toda ayuda que me haya sido prestada durante todo el proceso de elaboración de este escrito, el cual comenzó en el curso académico 2016/17, ya que sin la misma, difícilmente habría sido posible desarrollar el titánico trabajo plasmado en las más de 500 páginas que lo componen. Este camino, sin duda, me ha permitido conocer a un gran número de personas, la mayor parte de ellas maravillosas, además de crecer como persona.

En primer lugar, me gustaría mostrar mi agradecimiento a mis 2 directores. A Jon Irazusta, director del Departamento de Fisiología, por motivarme a emprender este camino desde tiempos en los que cursaba el máster, por guiarme y enseñarme gran parte de lo que se a día de hoy en el campo de la investigación; y a Izarne Lizaso, miembro del Departamento de Procesos Psicológicos Básicos y su Desarrollo, por iniciar mi instrucción en el campo del edadismo, por su consejo y por haberme ayudado en la presentación de las respectivas sesiones educativas implementadas en este escrito para mejorar la visión del envejecimiento de los/as participantes. Vuestra labor estos años ha sido determinante en mi desarrollo como profesional e investigador.

Me gustaría agradecer también la ayuda prestada por varios de los trabajadores del Centro Gerontológico Aspaldiko y de los Centros Sociales en el Municipio de Portugalete (San Roque, Villanueva y Repélega). Primero a Álvaro Mosquera, responsable del Servicio Psicosocial Residencia Aspaldiko y Centros Sociales Municipales, por abrirnos las puertas de los centros de este municipio. Mi interés por la discriminación por edad empezó con una de sus clases impartidas en mi primer año en el máster (2015/16). Agradezco también sus consejos en el campo de la entrevista, ya que me han hecho mejorar considerablemente como entrevistador. Gracias también a María Jáuregui, a Mónica Alonso y a Izaskun Urresti por todas las facilidades que me han otorgado durante mi desempeño en el C. G. Aspaldiko y en los centros sociales, ya que sin ellas, el proceso de reclutamiento y mi trabajo en los centros no habían sido tan fáciles y resolutivos como finalmente sí lo han sido.

Durante nuestra estancia en la red sociosanitaria de IMQ (Igualatorio Médico Quirúrgico), agradezco enormemente por su apoyo a Naiara Fernández, responsable asistencial del centro sociosanitario IMQ Igurco Orue, y a Ismene Arrinda, responsable de fisioterapia del mismo centro sociosanitario, por recibirnos y contribuir notablemente en el reclutamiento y en la coordinación entre centros a la hora de trasladarnos y trabajar en los

## Agradecimientos

---

mismos. Su desempeño ha sido clave para llevar el trabajo de campo a buen puerto, destacando también su disponibilidad. Quiero dar las gracias también a Oihana San Juan en Igurco Unbe, a Rebeca Valera y María Pérez de Eulate en Igurco Bilbozar, a Ainara Castaños e Irene Ruescas en Igurco Azkuna, a Itziar Urrutia en Igurco Forua y a Marta Mendieta en Igurco Zorrozoiti, por la ayuda que nos han prestado a la hora de movernos por los centros y reclutar y contactar con sus residentes.

En cuanto a nuestro trabajo en Bizipoz, muchas gracias a Eider Etxeberria y a Beatriz Santamaría, fundadoras y responsables de desarrollo y gestión de Bizipoz Envejecimiento Activo S. Coop., por ofrecerse y poner a nuestra disposición todos sus recursos para ampliar la muestra de personas mayores requeridas, siendo esto de gran utilidad para el correcto desarrollo del presente trabajo, y concluir, de esta manera, con el trabajo de campo recogido en este escrito.

Muchas gracias a mis compañeras de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), especialmente a Ana Belén Fraile, Batirtze San Martín, Idoia Imaz y Silvia Cepeda, miembros del Departamento de Enfermería I, por su inestimable ayuda durante el desarrollo de la intervención educativa planteada en esta Tesis Doctoral, participando tanto en el reclutamiento como en las entrevistas de dicho proyecto. Agradecer también a Ainhoa Fernández, integrante de ese mismo departamento, por su valiosa aportación en el apartado metodológico de este trabajo, especialmente en el análisis estadístico de los datos; y a Bego Sanz, del Departamento de Fisiología, por su disponibilidad en todo momento y por toda la ayuda prestada durante mi estancia como doctorando, tanto en la elaboración de la Tesis Doctoral como de los posters y presentaciones derivadas de la misma.

Antes de proceder a los agradecimientos dirigidos a mi círculo personal, quisiera dar las gracias a todas las personas mayores que han participado en los estudios que conforman esta Tesis Doctoral. Gracias a su valiosa contribución, este trabajo ha podido ser llevado a cabo sin problemas, por lo que los resultados obtenidos del mismo, se los dedico también a todos los participantes de los que provienen, teniendo en alta estima su aportación desinteresada.

Quisiera agradecer de corazón a mis padres, Fernando y Patricia, por darme en la vida todo lo que he necesitado y más, por inculcarme una educación y unos valores, que en realidad, me han hecho llegar hasta donde he llegado, por todo el cariño y apoyo que me han dado siempre, tanto en los buenos momentos como en los malos. Gracias también a mi

hermana Paula por su apoyo incondicional. Aunque seamos un poco como el perro y el gato, es estupendo tener a una hermana tan genial. Buena deportista y buena estudiante. Te espera un futuro brillante. Muchas gracias a mi abuela Sagrario y a mi tío Zoilo por ser parte de la familia y estar ahí siempre que lo he necesitado.

Aunque me considero una persona muy reservada, mis amigos también han tenido un papel muy importante en mi vida, y más en estos 4 años que ha durado mi etapa de doctorando. Gracias en especial a mi más viejo amigo Iker por todos estos años de camaradería, de buenos momentos y de lealtad.

Desde que tengo uso de razón, siempre le he procesado un gran amor a una tierra llamada Asturias, concretamente a un pequeño pueblo costero llamado San Esteban. Este amor de verano, romántico y verdadero, simboliza mi principal vía de escape, la forma que tiene mi ser de resetear y de recuperarme del duro transcurso del año. Según avanza mi vida, mi afinidad con este lugar es mayor, teniendo claro que quiero terminar mis días allí. En este lugar también existe un grupo de personas, amigos y amigas, que con el paso de los años han permanecido fieles a mí: Luis, Xuan, Ignacio, Ángela, Elena, Iyan, Josín, Pipe, etc., os agradezco sinceramente todos estos veranos (y no veranos) tan maravillosos de los que habéis formado parte desde mi infancia.

Previa a la culminación de este apartado, me gustaría destacar la importancia que ha tenido para mí este último año 2019/20, tanto en el plano personal, como en el profesional y académico. Este curso académico, en el que han predominado experiencias principalmente negativas, ha destacado en primera instancia por las grandes dificultades personales sufridas a principios de curso, seguidas estas por las propias de la pandemia de la COVID-19 y su influencia en mi lugar de trabajo (Osakidetza) y en mi entorno social (familia, amigos, entorno, etc.), y culminando con un verano sin cese académico y laboral repleto de dificultades, destacando por encima de todo el fallecimiento de mi abuela Tere, y de otro ser muy querido, Margarita.

Por un lado, Tere, mi abuela, que me ha cuidado y criado en los primeros años de mi vida, ha sido una figura muy influyente en mi vida, sobre todo al inculcarme sus férreos principios e ideales, los cuales han condicionado mi conducta hasta el día de hoy. Su último año de vida, en los que tuve el privilegio de devolverle todos los cuidados que ella depositó en mí cuando era un niño, han sido realmente útiles para fortalecer nuestra relación y me ha ayudado a ser más consciente del aprecio que le tenía. Margarita, por otro lado, es un claro ejemplo de que el vínculo familiar no viene definido por la consanguinidad. La

principal palabra que siempre ha definido a Margarita ha sido “bondad”. Agradezco sinceramente tu buen trato y cariño en los veranos de mi infancia.

A pesar de lo terrible que ha sido este año para mí, hago un balance positivo del mismo: “además de ser mi peor año, también ha sido el mejor”. ¿Por qué? Mi victoria sobre la dificultad, el sufrimiento y la presión propias de mi situación, han hecho de mí una mejor persona, ya sea en fortaleza, en madurez o en “ser más persona”. También me gustaría agradecer a mi propia persona, por haber tenido el suficiente coraje y fuerza para tomar decisiones y sobreponerme a todo lo acontecido a lo largo de mi vida y a mis propias limitaciones, en afán de querer siempre superarme y tratar de encontrar algo mejor. Aun así, esto no habría sido posible sin la presencia de mis seres queridos, principalmente mi círculo más íntimo. Fruto de lo anterior nace esta Tesis Doctoral, la cual representa el producto final de mi trabajo hasta la fecha, que se la dedico a todos mis seres queridos, en especial a mis padres, a mi hermana, y a Tere y Margarita, en honor a su memoria.

En último lugar, querría hacer una dedicatoria especial a mi madre, Patricia. Cuando yo era un niño, era un estudiante al que le costaba mucho estudiar y hacer los deberes, me distraía con facilidad y era bastante perezoso y holgazán. Gracias a la dedicación, la constancia y la insistencia de mi madre, que oportunamente es profesora, hoy, me dispongo a depositar y defender mi Tesis Doctoral. Mi madre supo anteponerse a las dificultades de su hijo, e ignorado mi futuro poco halagüeño en el ámbito académico, supo hacer de mí el estudiante y la persona que soy hoy por hoy. De ella he aprendido los valores que actualmente rigen por completo mi vida en todos los aspectos: el trabajo, la constancia y la perseverancia, porque si algo he aprendido gracias a ella, y también a mi padre, es que aunque una persona no rebose de talento, con trabajo, constancia y perseverancia, puede alcanzar metas que ni siquiera las personas con más talento pueden alcanzar. Aplaudo su éxito en su labor, ya que lo que ha logrado, al menos para mí, es uno de los mayores logros que una madre o un docente pueden adjudicarse a lo largo de su vida. Gracias.

# ÍNDICE



<i>Contenido</i> .....	<i>pág</i>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL</b> .....	<b>15</b>
1.1.1. Envejecimiento Demográfico de la población .....	15
1.1.2. Una sociedad más envejecida, el reto del Siglo XXI .....	17
<b>1.2. ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO</b> .....	<b>24</b>
<b>1.2.1. La salud, un concepto integral</b> .....	<b>24</b>
1.2.1.1. Definición de la salud a lo largo de la historia .....	24
1.2.1.1.1. Prehistoria .....	24
1.2.1.1.2. Edad Antigua .....	25
1.2.1.1.3. Edad Media .....	27
1.2.1.1.4. Edad Moderna .....	28
1.2.1.1.5. Edad Contemporánea .....	30
1.2.1.2. Modelos de Salud-Enfermedad .....	31
1.2.1.2.1. Modelo Biomédico .....	33
1.2.1.2.2. Modelo Holístico .....	35
1.2.1.2.3. Modelo Ecológico .....	36
1.2.1.2.4. Modelo Biopsicosocial .....	38
<b>1.2.2. Teorías del envejecimiento</b> .....	<b>42</b>
1.2.2.1. Antecedentes teóricos del envejecimiento .....	42
1.2.2.2. Teorías Biológicas del envejecimiento .....	49
1.2.2.3. Teorías Psicológicas del envejecimiento .....	54
1.2.2.4. Teorías Sociales del envejecimiento .....	57
<b>1.3. LA GERIATRÍA Y LAS PERSONAS MAYORES</b> .....	<b>63</b>
<b>1.3.1. Marco histórico de la Geriatria</b> .....	<b>63</b>
<b>1.3.2. Contextualización y principios de la Geriatria</b> .....	<b>66</b>
1.3.2.1. Definición de la Geriatria .....	66
1.3.2.2. Objetivos de la Geriatria .....	67
1.3.2.3. Los 3 pilares básicos de la Geriatria: valoración geriátrica integral (VGI), trabajo interdisciplinar y atención en distintos niveles asistenciales .....	68
1.3.2.3.1. Trabajo interdisciplinar .....	69
1.3.2.3.2. Atención en distintos niveles asistenciales .....	71
1.3.2.4. Clasificación de los pacientes mayores .....	76

<b>1.3.3. Valoración Geriátrica Integral (VGI)</b> .....	<b>81</b>
1.3.3.1. Necesidad de una valoración específica para las personas mayores .....	81
1.3.3.2. Objetivos de la VGI .....	84
1.3.3.3. Componentes de la VGI .....	85
1.3.3.3.1. <i>Valoración física o biomédica</i> .....	87
1.3.3.3.2. <i>Valoración funcional</i> .....	88
1.3.3.3.3. <i>Valoración mental</i> .....	90
1.3.3.3.4. <i>Valoración social</i> .....	91
1.3.3.3.5. <i>Calidad de vida</i> .....	92
1.3.3.4. Ventajas e inconvenientes de la VGI .....	93
1.3.3.4.1. <i>Ventajas</i> .....	97
1.3.3.4.2. <i>Inconvenientes</i> .....	98
<b>1.4. EDADISMO O DISCRIMINACIÓN POR EDAD</b> .....	<b>100</b>
<b>1.4.1. Conceptualización del edadismo</b> .....	<b>100</b>
1.4.1.1. Definición de edadismo .....	100
1.4.1.2. Dimensión cognitiva, afectiva y conductual del edadismo .....	103
1.4.1.2.1. <i>Estereotipos del envejecimiento – componente cognitivo del edadismo</i> .....	104
1.4.1.2.2. <i>Prejuicios hacia el envejecimiento – componente afectivo del edadismo</i> .....	104
1.4.1.2.3. <i>Conductas discriminatorias hacia las personas mayores – componente conductual del edadismo</i> .....	106
1.4.1.3. Adquisición de actitudes edadistas .....	107
1.4.1.3.1. <i>Teoría de la amenaza del estereotipo (STT)</i> .....	108
1.4.1.3.2. <i>Teoría de la encarnación del estereotipo (SET)</i> .....	110
1.4.1.3.3. <i>Modelo integrado del edadismo</i> .....	111
1.4.1.4. Edadismo Positivo .....	113
1.4.1.4.1. <i>Teoría del impulso del estereotipo (SBT)</i> .....	114
1.4.1.4.2. <i>Ambigüedad cultural del edadismo, miedo y fenómeno de invisibilidad</i> .....	115
<b>1.4.2. Percepción del envejecimiento según el contexto sociocultural e histórico</b> .....	<b>117</b>
1.4.2.1. Prehistoria .....	118
1.4.2.2. Edad Antigua .....	119
1.4.2.3. Edad Media .....	122
1.4.2.4. Edad Moderna .....	124
1.4.2.5. Edad Contemporánea .....	125
<b>1.4.3. Consecuencias del edadismo en la sociedad actual</b> .....	<b>127</b>
1.4.3.1. Personas mayores .....	127
1.4.3.2. Entorno familiar .....	132
1.4.3.3. Edadismo Institucional .....	135
1.4.3.3.1. <i>Edadismo en el sistema sociosanitario</i> .....	136
1.4.3.3.2. <i>Edadismo en los medios de comunicación</i> .....	139

1.4.3.3.2.1. <i>Edadismo en tiempos de la COVID-19</i> .....	141
1.4.3.3.3. <i>Edadismo en el entorno legal y laboral</i> .....	144
<b>1.4.4. Desmintiendo estereotipos negativos del envejecimiento</b> .....	<b>147</b>
<b>1.5. ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>162</b>
<b>1.5.1. Instrumentos de evaluación del Edadismo</b> .....	<b>162</b>
1.5.1.1. Dimensión cognitiva.....	163
1.5.1.1.1. <i>Negative attributes of old age and positive potential in old age (AN-PP)</i> .....	163
1.5.1.1.2. <i>Attitudes toward aging (AE)</i> .....	164
1.5.1.1.3. <i>Facts on aging quiz (FAQ)</i> .....	165
1.5.1.1.4. <i>Expectations regarding aging (ERA)</i> .....	166
1.5.1.1.5. <i>Image of aging scale (IAS)</i> .....	167
1.5.1.1.6. <i>Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)</i> .....	168
1.5.1.2. Dimensión afectiva y conductual.....	169
1.5.1.2.1. <i>Aging semantic differential (ASD)</i> .....	169
1.5.1.2.2. <i>Diferencial semántico del envejecimiento (DSE)</i> .....	169
1.5.1.2.3. <i>Escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV)</i> .....	170
1.5.1.2.4. <i>Cuestionario de conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento (CONDUC-ENV)</i> .....	170
1.5.1.2.5. <i>Kogan's attitudes towards older people scale (KAOP)</i> .....	171
1.5.1.2.6. <i>Fraiboni scale of ageism (FSA)</i> .....	172
1.5.1.2.7. <i>Ageism Survey</i> .....	173
1.5.1.2.8. <i>Attitudes to aging questionnaire (AAQ)</i> .....	174
1.5.1.2.9. <i>Aging perceptions questionnaire (APQ)</i> .....	175
<b>1.5.2. Relación de los estereotipos negativos del envejecimiento con otras variables en personas mayores</b> .....	<b>175</b>
1.5.2.1. Primeros estudios destacados en el ámbito nacional e internacional .....	176
1.5.2.2. Relación del edadismo con variables sociodemográficas .....	179
1.5.2.2.1. <i>Edad</i> .....	179
1.5.2.2.2. <i>Sexo</i> .....	180
1.5.2.2.3. <i>Estado civil</i> .....	181
1.5.2.2.4. <i>Nivel educativo</i> .....	181
1.5.2.2.5. <i>Pensión de jubilación, profesión y edad de jubilación</i> .....	182
1.5.2.2.6. <i>Número de hijos y nietos</i> .....	183
1.5.2.2.7. <i>Lugar de procedencia</i> .....	183
1.5.2.2.8. <i>Participación en actividades</i> .....	183
1.5.2.2.9. <i>Institucionalización</i> .....	184
1.5.2.2.10. <i>Religiosidad</i> .....	185
1.5.2.2.11. <i>Polifarmacia y multimorbilidad</i> .....	185
1.5.2.2.12. <i>Antropometría</i> .....	186
1.5.2.2.13. <i>Cuidado de personas dependientes</i> .....	186
1.5.2.3. Relación del edadismo con variables físicas.....	187

1.5.2.4. Relación del edadismo con variables mentales (estado cognitivo y psicoafectivo) .....	189
1.5.2.5. Relación del edadismo con variables sociales .....	191
<b>1.5.3. Intervenciones educativas para hacer frente a creencias edadistas .....</b>	<b>192</b>
1.5.3.1. Antecedentes y justificación metodológica .....	192
1.5.3.2. Estudios similares .....	193
1.5.3.2.1. <i>Intervenciones informativas combinadas con exposición indirecta (I + E)</i> .....	194
1.5.3.2.2. <i>Intervenciones informativas combinadas con exposición indirecta y directa (I + E + EE)</i> .....	195
1.5.3.2.3. <i>Intervenciones informativas (I)</i> .....	195
1.5.3.2.4. <i>Intervenciones informativas (I) combinadas con otras técnicas (I + C y I + C + EE)</i> .....	196
1.5.3.2.5. <i>Intervenciones en personas mayores</i> .....	197
1.5.3.2.6. <i>Intervenciones informativas (I) con grupos control</i> .....	197
1.5.3.2.7. <i>Resultados POST y FOLLOW-UP de las intervenciones educativas (I)</i> .....	198
<b>2. PARTE EMPÍRICA .....</b>	<b>201</b>
<b>2.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>203</b>
2.1.1. <b>Objetivos .....</b>	<b>203</b>
2.1.2. <b>Hipótesis.....</b>	<b>204</b>
<b>2.2. ESTUDIO I: Análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y distintas variables multidimensionales en personas mayores que viven en centros sociosanitarios .....</b>	<b>205</b>
2.2.1. <b>Material y métodos .....</b>	<b>205</b>
2.2.1.1. <b>Diseño.....</b>	<b>205</b>
2.2.1.2. <b>Muestra .....</b>	<b>205</b>
2.2.1.3. <b>Material.....</b>	<b>205</b>
2.2.1.3.1. <i>Estereotipos negativos del envejecimiento</i> .....	205
2.2.1.3.2. <i>Variables sociodemográficas</i> .....	207
2.2.1.3.3. <i>Autonomía, estado funcional y fragilidad</i> .....	207
2.2.1.3.4. <i>Estado cognitivo / psicoafectivo y calidad de vida</i> .....	209
2.2.1.3.5. <i>Variables sociales</i> .....	210
2.2.1.4. <b>Procedimiento.....</b>	<b>211</b>
2.2.1.4.1. <i>Aspectos éticos</i> .....	211
2.2.1.4.2. <i>Procedencia de la muestra</i> .....	211
2.2.1.4.3. <i>Fase de reclutamiento</i> .....	211
2.2.1.4.4. <i>Fase de entrevistas</i> .....	213
2.2.1.4.5. <i>Análisis estadístico de los datos</i> .....	214
2.2.2. <b>Resultados.....</b>	<b>215</b>
2.2.2.1. <b>Análisis descriptivo de la muestra .....</b>	<b>215</b>

---

2.2.2.2. Prueba de normalidad .....	218
2.2.2.3. Correlaciones bivariadas entre las variables a estudio y el CENVE.....	220
2.2.2.4. Diferencias en el CENVE entre variables cualitativas .....	221
2.2.2.5. Modelo lineal generalizado.....	223
<b>2.2.3. Discusión .....</b>	<b>225</b>
2.2.3.1. Limitaciones y fortalezas.....	229
<b>2.2.4. Conclusiones .....</b>	<b>230</b>
<b>2.3. ESTUDIO II: Análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y distintas variables multidimensionales en personas mayores que viven en sus hogares.....</b>	<b>232</b>
<b>2.3.1. Material y métodos.....</b>	<b>232</b>
2.3.1.1. Diseño.....	232
2.3.1.2. Muestra .....	232
2.3.1.3. Material.....	233
2.3.1.3.1. <i>Diferencias metodológicas con el ESTUDIO I.....</i>	<i>233</i>
2.3.1.3.2. <i>Herramientas e instrumentos de evaluación .....</i>	<i>234</i>
2.3.1.4. Procedimiento.....	235
2.3.1.4.1. <i>Aspectos éticos.....</i>	<i>235</i>
2.3.1.4.2. <i>Procedencia de la muestra .....</i>	<i>236</i>
2.3.1.4.3. <i>Fase de reclutamiento.....</i>	<i>236</i>
2.3.1.4.4. <i>Fase de entrevistas .....</i>	<i>238</i>
2.3.1.4.5. <i>Análisis estadístico de los datos .....</i>	<i>238</i>
<b>2.3.2. Resultados.....</b>	<b>239</b>
2.3.2.1. Análisis descriptivo de la muestra .....	239
2.3.2.2. Prueba de normalidad .....	242
2.3.2.3. Correlaciones bivariadas entre las variables a estudio y el CENVE.....	244
2.3.2.4. Diferencias en el CENVE entre variables cualitativas .....	246
2.3.2.5. Modelo lineal generalizado.....	248
<b>2.3.3. Discusión .....</b>	<b>250</b>
2.3.3.1. Limitaciones y fortalezas.....	260
<b>2.3.4. Conclusiones .....</b>	<b>260</b>
<b>2.4. ESTUDIO III: Diseño e intervención de una sesión educativa en personas mayores que viven en sus hogares: Desmintiendo mitos y estereotipos del envejecimiento.....</b>	<b>262</b>
<b>2.4.1. Material y métodos.....</b>	<b>262</b>
2.4.1.1. Diseño.....	262
2.4.1.2. Muestra .....	262

2.4.1.3. Material.....	263
2.4.1.3.1. <i>Estereotipos negativos del Envejecimiento</i> .....	263
2.4.1.3.2. <i>Screening de deterioro cognitivo</i> .....	263
2.4.1.3.3. <i>Screening de dependencia en ABVD</i> .....	263
2.4.1.3.4. <i>Variables sociodemográficas</i> .....	264
2.4.1.4. Procedimiento.....	264
2.4.1.4.1. <i>Aspectos éticos</i> .....	264
2.4.1.4.2. <i>Procedencia de la muestra</i> .....	264
2.4.1.4.3. <i>Fase de reclutamiento, randomización y seguimiento</i> ...	265
2.4.1.4.4. <i>Fase de experimental</i> .....	266
2.4.1.4.4.1. <i>Grupo experimental</i> .....	267
2.4.1.4.4.2. <i>Grupo control</i> .....	267
2.4.1.4.5. <i>Análisis estadístico de los datos</i> .....	267
<b>2.4.2. Resultados.....</b>	<b>268</b>
2.4.2.1. <i>Análisis descriptivo de la muestra</i> .....	268
2.4.2.2. <i>Efecto de la intervención sobre el CENVE en la muestra total, grupo experimental y grupo control</i> .....	270
2.4.2.2.1. <i>Efecto de la intervención en el CENVE Total</i> .....	271
2.4.2.2.2. <i>Efecto de la intervención en el CENVE I: Salud</i> .....	272
2.4.2.2.3. <i>Efecto de la intervención en el CENVE II: Motivacional-Social</i> .....	274
2.4.2.2.4. <i>Efecto de la intervención en el CENVE III: Carácter-Personalidad</i> .....	275
<b>2.4.3. Discusión.....</b>	<b>276</b>
2.4.3.1. <i>Limitaciones y fortalezas</i> .....	290
<b>2.4.4. Conclusiones.....</b>	<b>292</b>
<b>3. <u>DISCUSIÓN GENERAL</u>.....</b>	<b>293</b>
<b>4. <u>CONCLUSIONES</u>.....</b>	<b>305</b>
<b>5. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>.....</b>	<b>311</b>
<b>6. <u>ANEXOS</u>.....</b>	<b>399</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1</b> .....	401
<b>Anexo 2</b> .....	402
<b>Anexo 3</b> .....	403
<b>Anexo 4</b> .....	404
<b>Anexo 5</b> .....	405
<b>Anexo 6</b> .....	406
<b>Anexo 7</b> .....	407
<b>Anexo 8</b> .....	408
<b>Anexo 9</b> .....	409

<b>Anexo 10</b> .....	410
<b>Anexo 11</b> .....	411
<b>Anexo 12</b> .....	412
<b>Anexo 13</b> .....	413
<b>Anexo 14</b> .....	414
<b>Anexo 15</b> .....	415
<b>Anexo 16</b> .....	422
<b>Anexo 17</b> .....	425
<b>Anexo 18</b> .....	428
<b>Anexo 19</b> .....	453
<b>Anexo 20</b> .....	454
<b>Anexo 21</b> .....	457
<b>Anexo 22</b> .....	460
<b>Anexo 23</b> .....	483
<b>Anexo 24</b> .....	486
<b>Anexo 25</b> .....	500
<b>Anexo 26</b> .....	511
<b>Anexo 27</b> .....	515

**TABLAS**

<b>Tabla 1</b> .....	215
<b>Tabla 2</b> .....	217
<b>Tabla 3</b> .....	219
<b>Tabla 4</b> .....	220
<b>Tabla 5</b> .....	222
<b>Tabla 6</b> .....	224
<b>Tabla 7</b> .....	240
<b>Tabla 8</b> .....	241
<b>Tabla 9</b> .....	243
<b>Tabla 10</b> .....	245
<b>Tabla 11</b> .....	247
<b>Tabla 12</b> .....	249
<b>Tabla 13</b> .....	269
<b>Tabla 14</b> .....	270
<b>Tabla 15</b> .....	272
<b>Tabla 16</b> .....	273
<b>Tabla 17</b> .....	274
<b>Tabla 18</b> .....	276

**FIGURAS**

<b>Figura 1</b> .....	15
<b>Figura 2</b> .....	16
<b>Figura 3</b> .....	16
<b>Figura 4</b> .....	17
<b>Figura 5</b> .....	18
<b>Figura 6</b> .....	19
<b>Figura 7</b> .....	20
<b>Figura 8</b> .....	21
<b>Figura 9</b> .....	22
<b>Figura 10</b> .....	22
<b>Figura 11</b> .....	22
<b>Figura 12</b> .....	22

<b>Figura 13</b> .....	34
<b>Figura 14</b> .....	36
<b>Figura 15</b> .....	37
<b>Figura 16</b> .....	40
<b>Figura 17</b> .....	41
<b>Figura 18</b> .....	48
<b>Figura 19</b> .....	66
<b>Figura 20</b> .....	76
<b>Figura 21</b> .....	79
<b>Figura 22</b> .....	80
<b>Figura 23</b> .....	82
<b>Figura 24</b> .....	86
<b>Figura 25</b> .....	88
<b>Figura 26</b> .....	96
<b>Figura 27</b> .....	103
<b>Figura 28</b> .....	107
<b>Figura 29</b> .....	109
<b>Figura 30</b> .....	112
<b>Figura 31</b> .....	113
<b>Figura 32</b> .....	136
<b>Figura 33</b> .....	147
<b>Figura 34</b> .....	179
<b>Figura 35</b> .....	212
<b>Figura 36</b> .....	237
<b>Figura 37</b> .....	271
<b>Figura 38</b> .....	273
<b>Figura 39</b> .....	274
<b>Figura 40</b> .....	275

# RESUMEN



El edadismo o discriminación por edad, discriminación cada vez más prevalente en nuestra sociedad, influye negativamente en la salud y autonomía de las personas mayores. Aunque es un tema candente, destaca la ausencia de estudios que comprendan este tipo de discriminación de manera integral o multidimensional, además de que pocos estudios han analizado a las personas mayores institucionalizadas. Por otro lado, a pesar de la importancia de la educación en la prevención del edadismo, existen pocas intervenciones educativas aleatorizadas y controladas para mayores a los que se les realiza un seguimiento a medio plazo.

Este trabajo pretende analizar la relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento y variables independientes físicas, psicológicas y sociales en personas mayores institucionalizadas (ESTUDIO I) y no institucionalizadas (ESTUDIO II); además de diseñar e implementar una sesión educativa combinada con un visionado de videos para mejorar la percepción del envejecimiento de personas mayores que viven en sus hogares, comparándolo con un grupo control (solo videos) y midiendo su efecto a corto (1 semana) y medio plazo (1 mes) (ESTUDIO III). Mientras que en el primer objetivo se construyeron modelos según lugar de residencia y sexo mediante un modelo lineal generalizado (ESTUDIOS I & II), para el segundo se utilizó una ANOVA de medidas repetidas (ESTUDIO III). La variable dependiente en todo momento fue el resultado del cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).

Los modelos derivados del ESTUDIO I & II, difirieron según el lugar de residencia y el sexo. Entre las personas mayores residentes en centros sociosanitarios (ESTUDIO I), los hombres, sin participación en actividades de los centros, más años institucionalizadas, menos autónomas en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y con una limitación física mínima (en comparación con limitación leve), fueron las que reportaron una percepción más negativa del envejecimiento. Al mismo tiempo, los hombres institucionalizados que refirieron más estereotipos negativos resultaron ser los que trabajaron en la agricultura (en comparación a servicios), que no participaron en actividades del centro, que llevaban más tiempo institucionalizados y con menos autonomía en las AIVD. Las mujeres institucionalizadas de menor edad mostraron más estereotipos.

En cuanto a las personas mayores que residían en sus hogares (ESTUDIO II), las más jóvenes, con estudios superiores, con una pensión de jubilación mayor, nacidas en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), que no ejercieron como cuidadores/as de familiares enfermos y con una mejor calidad de vida, resultaron ser las que mostraron una visión del envejecimiento menos estereotipada. Los hombres de esta muestra, más jóvenes, con menos enfermedades crónicas, con más fuerza en la mano y con menos síntomas de

ansiedad y depresión concibieron el envejecimiento de forma más positiva. A su vez, las mujeres no institucionalizadas con estudios superiores, con las pensiones de jubilación más elevadas, nacidas en la CAPV y con una mejor calidad de vida presentaron una percepción más positiva del proceso de envejecer.

Los/as participantes del grupo experimental (ESTUDIO III), lograron reducir significativamente el número de estereotipos negativos del envejecimiento y del carácter y personalidad tanto a corto como a medio plazo, siendo su tamaño de efecto grande y superior al del grupo control, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El grupo control no mostró cambios. Al no haber diferencias significativas entre las mejoras a corto y medio plazo, puede afirmarse que las mejoras logran mantenerse a medio plazo.

El edadismo, además de asociarse a variables de distintas dimensiones, ha de ser abordado de distinta forma según el lugar de residencia y el sexo. A su vez, la intervención educativa diseñada en el presente trabajo, ha resultado ser un medio eficiente para combatir el edadismo a corto y medio plazo, siendo necesarios más estudios que corroboren dichas mejoras a largo plazo.

# **ABREVIATURAS**



- **AAQ: Attitudes to aging questionnaire**
- **AAS:** Ansiedad ante el envejecimiento
- **AAVD:** Actividades avanzadas de la vida diaria
- **ABVD:** Actividades básicas de la vida diaria
- **ACP:** Atención centrada en la persona
- **ACV:** Accidente cerebrovascular
- **ADN:** Ácido desoxirribonucleico
- **ADNm:** Metilación del ácido desoxirribonucleico
- **ADNmt:** Ácido desoxirribonucleico mitocondrial
- **AE:** Attitudes toward aging
- **AG:** Asistencia o atención geriátrica
- **AGC:** Atención geriátrica domiciliaria
- **AIVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria
- **AN-PP:** Negative attributes of old age and positive potential in old age
- **AP:** Atención primaria
- **APC:** Células presentadoras de antígenos
- **APQ:** Aging perceptions questionnaire
- **ARN:** Ácido ribonucleico
- **ASD:** Aging semantic differential
- **AVD:** Actividades de la vida diaria
- **BDI:** Inventario de depresión de Beck
- **BGS:** British Geriatrics Society
- **BIA:** Bioimpedancia
- **C:** Actividades creativas
- **CAP:** Centros de atención primaria
- **CAPV:** Comunidad Autónoma del País Vasco
- **CATAQ:** Child adolescent facts on ageing quiz
- **CE:** Constitución Española
- **CEISH:** Comité de Ética para las Investigaciones relacionadas con Seres Humanos
- **CENVE:** Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez

- **CES-D:** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
- **CI:** Consentimiento informado
- **CIND:** Deterioro cognitivo sin demencia
- **CNG:** Comisión Nacional de Geriátría
- **CONDUC-ENV:** Cuestionario de conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento
- **COVID-19:** Enfermedad causada por SARS-CoV-2
- **CSDD:** Escala Cornell de depresión en la demencia
- **CUBRECAVI:** Cuestionario breve de calidad de vida
- **CVRS:** Calidad de vida relacionada con la salud
- **D:** Intervención basada en la discusión
- **DC:** Deterioro cognitivo
- **DCL:** Deterioro cognitivo leve
- **DM:** Diabetes mellitus
- **DSE:** Diferencial semántico del envejecimiento
- **E:** Exposición indirecta
- **EA:** Enfermedad de Alzheimer
- **EADG:** Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
- **ECG:** Electrocardiograma
- **EE:** Exposición directa
- **EEII:** Extremidades inferiores
- **EESS:** Extremidades superiores
- **EFCR:** Escala de incapacidad física de la Cruz Roja
- **EIR:** Enfermero Interno Residente
- **ERA:** Expectations regarding aging
- **ESCAV:** Encuesta de Salud del País Vasco
- **ESS:** Encuesta Social Europea
- **EUDEL:** Asociación de Municipios Vascos
- **Eustat:** Instituto Vasco de Estadística
- **FAQ:** Facts on aging quiz
- **FAQMH:** Facts on aging and mental health quiz

- **FAST:** Functional assessment staging
- **FC:** Frecuencia cardiaca
- **FI-CGA:** Frailty index based on a comprehensive geriatric assessment
- **FR:** Frecuencia respiratoria
- **FSA:** Fraboni scale of ageism
- **GAS:** Geriatric attitude scale
- **GDS:** Global deterioration scale
- **GDS:** Escala de depresión geriátrica de Yesavage
- **GEMU:** Geriatric assessment and management units
- **GH:** Hormona del crecimiento
- **HARS:** Escala de ansiedad de Hamilton
- **HC:** Historia clínica
- **HDG:** Hospital de día geriátrico
- **HDRS:** Escala de depresión de Hamilton
- **HTA:** Hipertensión arterial
- **I:** Intervenciones informativas
- **IAGG:** International Association of Gerontology and Geriatrics
- **IAM:** Infarto agudo de miocardio
- **IAS:** Image of aging scale
- **IAT:** Implicit association test
- **ILC:** International Longevity Center
- **IMC:** Índice de masa corporal
- **IMQ:** Igualatorio Médico Quirúrgico
- **IMSERSO:** Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **IQ:** Intervención quirúrgica
- **IQCODE:** Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly
- **KAOP:** Kogan's attitudes towards older people scale
- **KAS:** Kafer anxiety scale
- **MEC:** Mini-examen cognoscitivo
- **MMSE:** Mini-mental state examination

- **MNA:** Mini nutritional assessment
- **MoCA:** Montreal cognitive assessment
- **MTC:** Medicina Tradicional China
- **NK:** Natural killer
- **NSQ:** Núcleo supraquiasmático
- **OA:** Actitudes hacia personas mayores
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **PA:** Presión arterial
- **PATES:** Polizzi attitudes toward the elderly scale
- **PEAS:** Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi
- **Pip:** Pérdida involuntaria de peso
- **PREJ-ENV:** Escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento
- **RAE:** Real Academia Española
- **RNVE:** Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- **RX:** Radiografías
- **SARS-CoV-2:** Severe acute respiratory syndrome coronavirus
- **Sat O<sup>2</sup>:** Saturación
- **SBT:** Teoría del impulso del estereotipo
- **SCPQ:** Social competence with the elderly questionnaire
- **SEEGG:** Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
- **SEGG:** Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología
- **SET:** Teoría de la encarnación del estereotipo
- **SPA:** Autopercepción del envejecimiento
- **SPMSQ:** Short portable mental status de Pfeiffer
- **SPPB:** Short psysical performance battery
- **SSQ:** Social skills questionnaire
- **STT:** Teoría de la amenaza del estereotipo
- **SWQ:** Social worries questionnaire
- **T:** Temperatura
- **T/A:** Tensión arterial

- **TGS:** Teoría general de sistemas
- **TMT:** Terror management theory
- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos
- **UDP:** Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
- **UE:** Unión Europea
- **UGA:** Unidades geriátricas de agudos
- **UME:** Unidades geriátricas de media estancia, de convalecencia o recuperación funcional
- **UPP:** Úlcera por presión
- **UPV/EHU:** Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
- **VGI:** Valoración Geriátrica Integral
- **WHOQOL:** Escala de Calidad de Vida de la OMS
- **WHOQOL-OLD:** Grupo World Health Organization Quality of Life-Old
- **ZSDS:** Escala autoaplicada de Zung



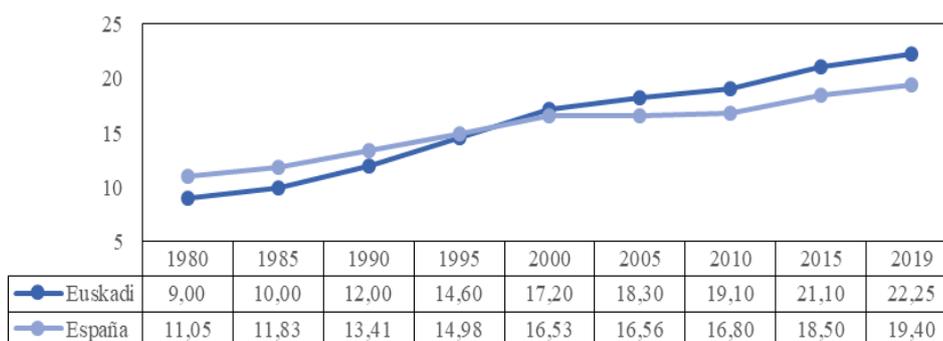
# **1. INTRODUCCIÓN**



## 1.1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL

### 1.1.1. Envejecimiento Demográfico de la población

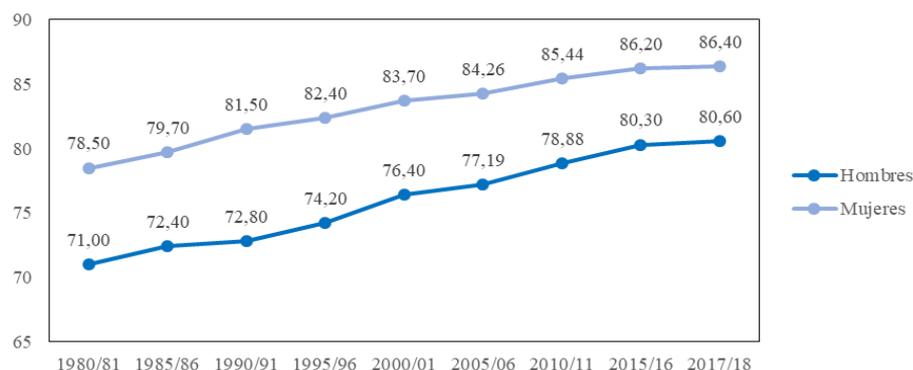
Antes de contextualizar el edadismo o discriminación por edad, es importante describir la situación demográfica actual del territorio en el que transcurre el presente trabajo. Fenómenos como el aumento de la esperanza de vida y el descenso de las tasas de natalidad reflejan que tanto en Euskadi como en España se está viviendo actualmente un envejecimiento demográfico de la población (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2016). El porcentaje de personas de 65 años o más en la CAPV en el año 2019 fue del 22,25% (Instituto Vasco de Estadística [Eustat], 2019a), mientras que en España, dicho porcentaje fue del 19,40% ese mismo año (INE, 2020a). El porcentaje de personas mayores en ambos territorios ha ido en alza en los últimos años (ver [Figura 1](#)). En el año 1980 el porcentaje de personas mayores de 65 años o más fue del 9% en la CAPV y del 11,05% en España, sufriendo dichos porcentajes un aumento en las próximas décadas, situándose en el 12% y 13,41% en el año 1990, 17,20% y 16,53% en el 2000, y 19,10% y 16,80% en el 2010 respectivamente (Eustat, 2017a; INE, 2020a). Las proyecciones predicen que estos porcentajes seguirán creciendo a largo plazo, contando la CAPV con un 28,2% de personas mayores de 65 años en el año 2031 (Eustat, 2017b), y España, con un 25,6% el mismo año y un 34,6% en el 2066 (INE, 2016). Tal y como se evidencia en la [Figura 1](#), la población de la CAPV posee un mayor porcentaje de personas mayores que España, y por ende, es una población más envejecida.



**Figura 1.** Porcentaje (%) de personas mayores de 65 años en la CAPV y España según año (1980-2019). Fte.: Elaboración propia a partir de Eustat (2017a; 2019a) y INE (2020a).

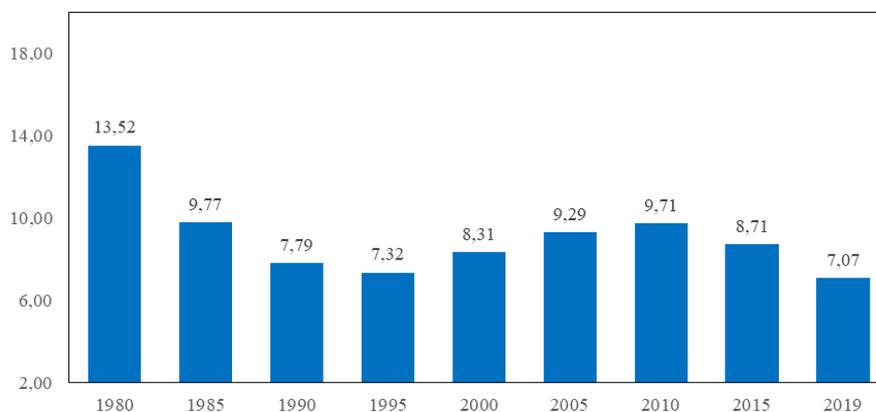
En la CAPV, concretamente en los años 2017/18, la esperanza de vida al nacer fue de 80,60 años en los hombres y de 86,40 en las mujeres, siendo significativamente mayor en las segundas (Eustat, 2020). La esperanza de vida en el territorio vasco ha ido en aumento con el paso de los años (ver [Figura 2](#)), existiendo previsiones que sugieren que en el año 2031 en la CAPV, la esperanza de vida al nacer será de 82,6 años para los hombres y de 88,4 años para las mujeres, suponiendo esto un aumento de la esperanza de

vida al nacer de 2 años para ambos sexos (Eustat, 2017b). Otro dato destacable, esta vez a nivel nacional, es el de la esperanza de vida al nacer en el año 2065, el cual se estima que será de 88,5 años para hombres y 91,6 para mujeres, siendo esta diferencia considerable en comparación a las cifras de los años anteriormente citados (INE, 2016). Respecto a la esperanza de vida a los 65 años en la CAPV, se augura que la misma se vea incrementada en el año 2030 a un 14% en hombres y un 8% en mujeres, suponiendo esto una media de 21,6 y 25,4 años más de vida a partir de los 65 (Eustat, 2017b).



**Figura 2.** Esperanza de vida al nacimiento en la CAPV según sexo y año (1980-2018). Fte.: Elaboración propia a partir de Eustat (2020).

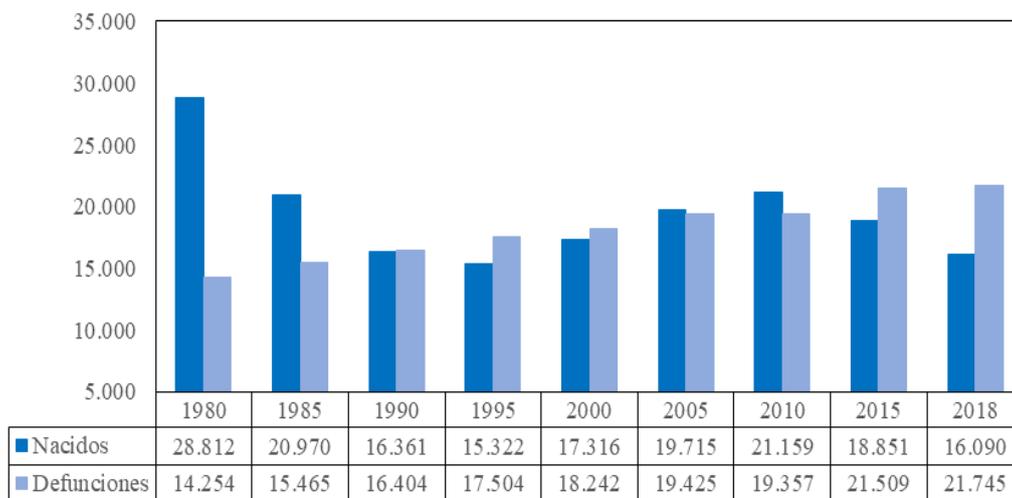
La tasa de natalidad, al contrario que la esperanza de vida, ha ido disminuyendo con el transcurso del tiempo (ver Figura 3). El número de nacimientos por 1000 habitantes en el año 1980 en la CAPV fue de 13,52. Dicha cifra fue en descenso hasta el año 1995, donde se registró una cifra de 7,32. A partir de ese año, la tasa de nacimientos creció hasta alcanzar la cifra de 9,71 en el año 2010. En la última década, esta tasa ha ido disminuyendo otra vez hasta llegar a la última cifra disponible hasta el momento, de 7,07 en el año 2019 (INE, 2020b). Si el número de nacimientos a nivel estatal sigue la tendencia de los últimos años, se estima que para los años 2018 y 2032 nacerán alrededor de 5,7 millones de niños, un 16,2% menos que en los 15 años previos (INE, 2018a).



**Figura 3.** Tasa Bruta de Natalidad en la CAPV según año (1980-2019). Fte.: Elaboración propia a partir de INE (2020b).

### 1.1.2. Una sociedad más envejecida, el reto del Siglo XXI

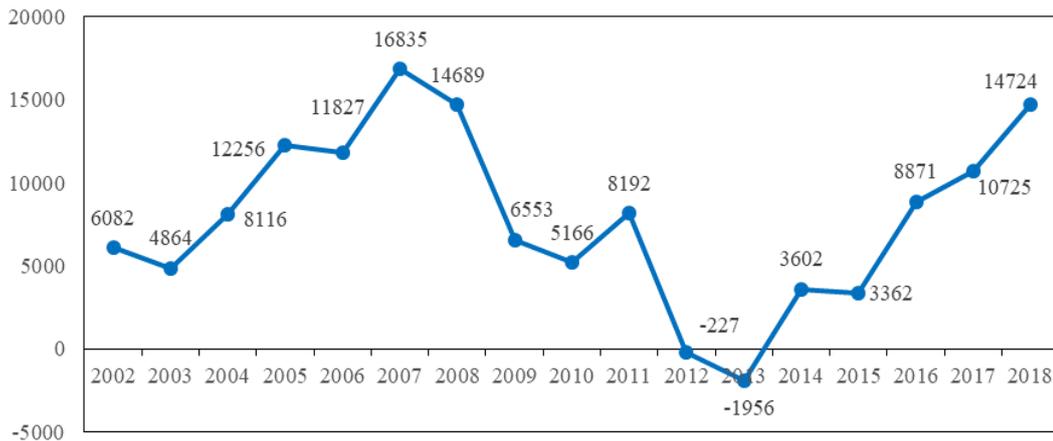
El envejecimiento demográfico de la población se antoja como un reto de gran relevancia y trasfondo para las sociedades occidentales de este siglo. La población vasca actual, tal y como sucede en el ámbito nacional, presenta un crecimiento vegetativo negativo, es decir, el número de defunciones es mayor que el de nacimientos (Eustat, 2017b; 2019b; 2019c). Según la [Figura 4](#), desde el año 1995, a excepción de los años 2005 y 2010, el número de defunciones en la CAPV es superior al de nacimientos, siendo la mayor diferencia entre ambos parámetros la del año 2018, cuando el número de nacidos fue de 16.090 y el de defunciones de 21.745. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se registrarán más de 6.500.000 de defunciones entre los años 2018 y 2032, representando esto un 14,7% más que los datos provenientes de la quincena de años anterior (2003-2017), por lo que considerando el aumento del porcentaje de personas mayores y la disminución en la natalidad, se podría deducir que la diferencia entre defunciones y nacimientos será aún más amplia, traduciéndose esto en un decrecimiento vegetativo más amplio (INE, 2018a).



**Figura 4.** Nacidos vivos y defunciones en la CAPV (1980-2018). Fte.: Elaboración propia a partir de Eustat (2019b; 2019c)

A pesar del crecimiento vegetativo negativo, la población del territorio vasco no ha dejado de crecer hasta el día de hoy. Según el Eustat (2019d), desde el año 2000, la CAPV ha reportado un crecimiento en habitantes ininterrumpido, pasando de los 2.079.228 habitantes de ese año, hasta los 2.188.017 actuales (2019). Esta última cifra representa el mayor número de habitantes que esta comunidad autónoma ha registrado en su historia. El saldo migratorio, entendido como la diferencia entre entradas y salidas por migración, se postula como el principal factor compensador del decrecimiento vegetativo (Eustat, 2017b). En el año 2018, el salto migratorio de la CAPV fue positivo (14.724),

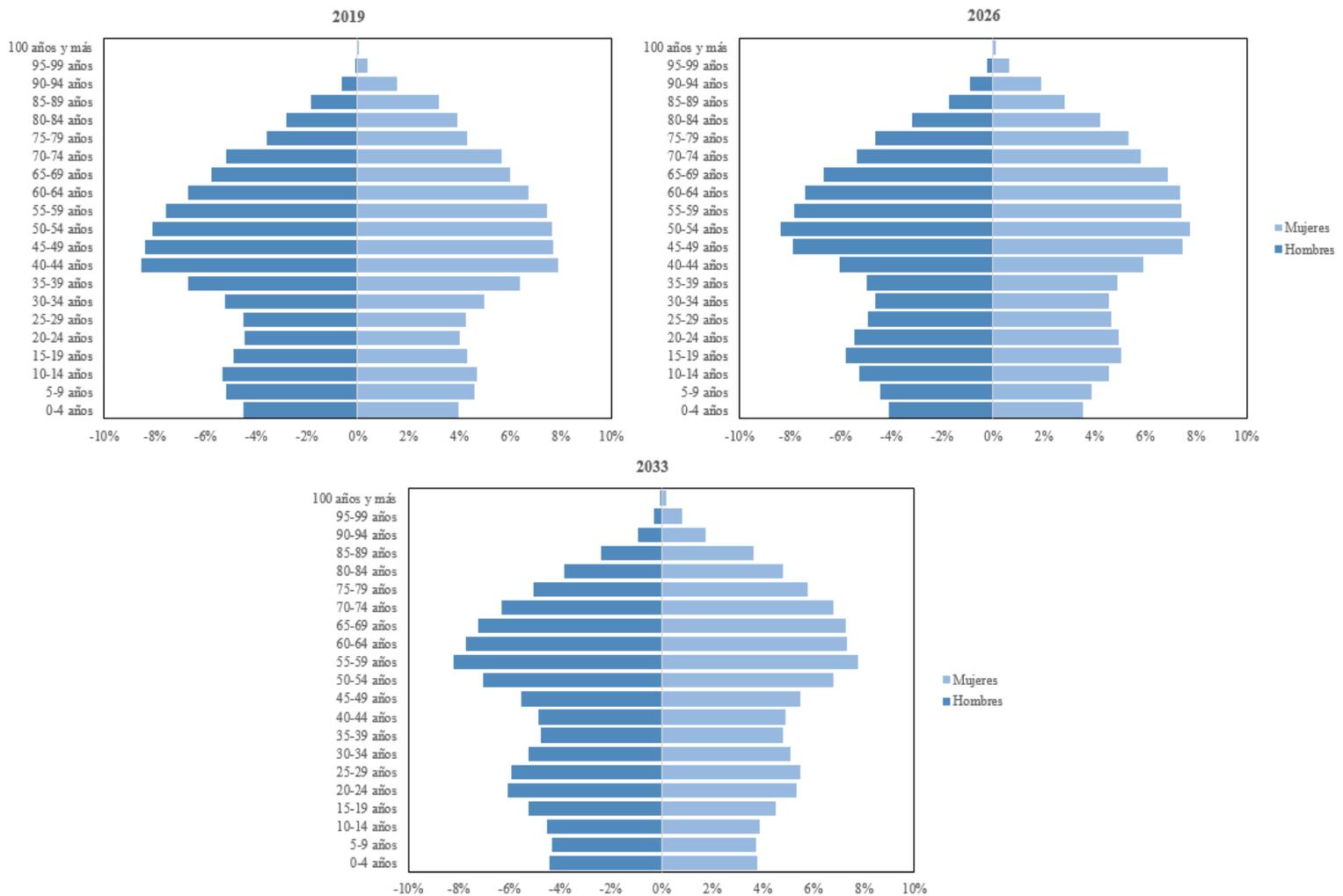
siendo el número de inmigraciones (46.982) claramente superior al de emigraciones (32.258) (Eustat, 2019e). Tal y como puede observarse en la [Figura 5](#), el saldo migratorio en tierras vascas tuvo su máximo en el año 2007 con una puntuación de 16.845. Desde el 2007 hasta el 2013, este saldo ha ido disminuyendo su tamaño, negativizándose en los años 2012 (-227) y 2013 (-1956), presumiblemente por la crisis económica acontecida en todo el territorio español en ese lapso de tiempo. Desde el año 2014, el saldo ha ido en aumento, obteniendo su puntuación más elevada en el año 2018.



**Figura 5.** Evolución de saldos migratorios en la CAPV según año (2002-2018). Fte.: Elaboración propia a partir de Eustat (2019e).

La tendencia ascendente del saldo migratorio nos hace pensar que el número habitantes de la CAPV podría mantenerse estable o incluso crecer, estimándose un aumento de 28.800 habitantes para el año 2061 (Eustat, 2018). Este crecimiento no se vería afectado por un mayor número de defunciones en comparación al de nacimientos, ya que se espera que el número de emigrantes se vaya reduciendo debido a un menor número de población de edad adulta o activa, la cual forma parte del mercado de trabajo (Eustat, 2017b). Y es en esta disminución de la denominada población activa (15-64 años) donde reside otro de los problemas derivados del envejecimiento demográfico (ver [Figura 6](#)). El porcentaje de personas en edad laboral fue del 66,30% en el año 2019, y se estima una reducción del mismo con el paso de los años, esperándose un 61,78% en el 2026 y un 59,08% en el 2033 (INE, 2018b). Esta situación, unida a la disminución de los grupos de edad más jóvenes (0-14 años) y el aumento de personas mayores de 65 años, auguran futuros conflictos tanto en la economía, el mercado laboral y en el relevo generacional, por lo el envejecimiento demográfico de la población se presenta como uno de los principales retos socioeconómicos de nuestra sociedad en los próximos años. Unido a esto, la proporción de personas mayores de 65 años respecto al de los grupos de edad más jóvenes (0-14 años) es bien definido por el índice de envejecimiento, el cual es un parámetro muy a tener en cuenta a día de hoy en el territorio vasco, ya que después de

Asturias (224,58%), Galicia (202,27%), Castilla y León (201,09%) y Cantabria (159,31%), la CAPV se sitúa en el quinto puesto de comunidades autónomas, con un índice de envejecimiento del 154,05% (INE, 2020c).

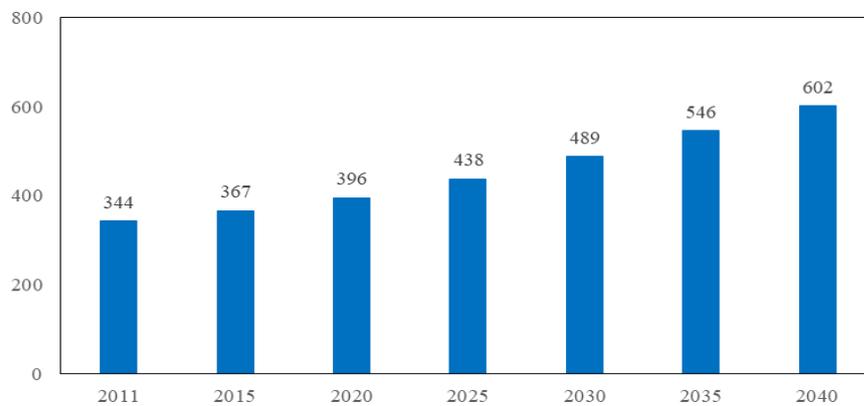


**Figura 6.** Pirámides de población a 1 de Enero según sexo en los años 2019 (arriba a la izquierda), 2026 (arriba a la derecha) y 2033 (abajo). Fte.: Elaboración propia a partir de INE (2018b).

El envejecimiento demográfico de la población, además de ser un reto socioeconómico para la sociedad vasca, también representa un reto para el sistema sociosanitario. Entre los problemas producto del envejecimiento progresivo de la población, podemos hallar la cronicidad, la dependencia y el aumento del uso recursos sanitarios, variables asociadas claramente entre sí. Esto se refleja en las diferentes ediciones de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV) publicadas por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2010; 2014; 2019).

La cronicidad es concebida como uno de los principales problemas de salud de la población vasca. Según la ESCAV18 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco,

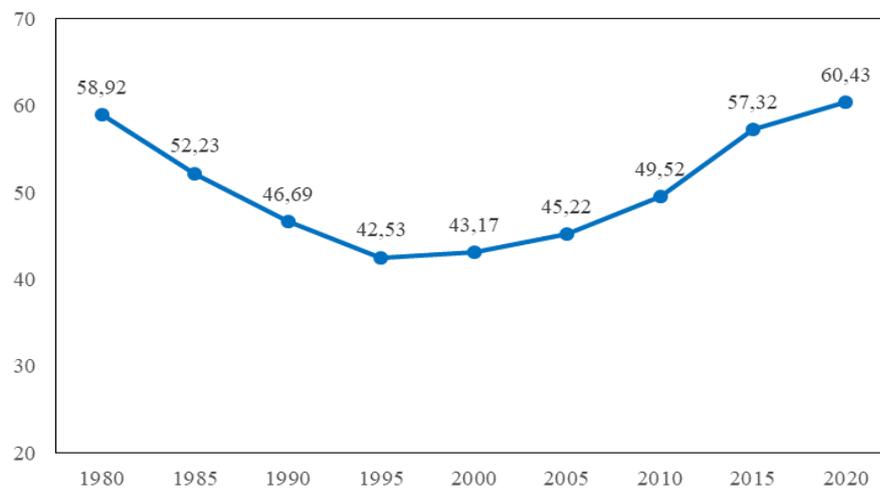
2019), actualmente el 42% de los hombres y el 43% de las mujeres de la CAPV sufren alguna patología crónica, aumentando la prevalencia de las mismas con la edad. Estas prevalencias son del 80% para las personas de 65 años o más y del 90% para las de 75 o más. A su vez, la ESCAV13 y ESCAV18 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2014; 2019) reportan que además de la edad, el nivel educativo y la clase social son variables que se asocian a la cronicidad, siendo las personas de menor nivel educativo y menos recursos socioeconómicos las que peor paradas salen en este contexto. A día de hoy, los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población vasca son la hipertensión y la hipercolesterolemia, seguidas por la diabetes (DM), el dolor dorsal y las patologías cardiacas (el infarto agudo de miocardio (IAM) no está incluido en esta categoría) en el caso de los hombres, y por la artrosis, el dolor dorsal y los problemas de tiroides en las mujeres (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019). El abordaje de la cronicidad en la CAPV es un punto prioritario para Osakidetza (Sistema Vasco de Salud), ya que según las previsiones del INE (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2012), se espera que para el año 2040 la población vasca de más de 65 años duplique su número de personas que padecen alguna condición crónica de salud, pasando de 344 personas de 65 años o más por cada 1000 habitantes en el año 2011 a 602 en el 2040 (ver [Figura 7](#)).



**Figura 7.** Previsión de la evolución de pacientes crónicos mayores de 65 años en la CAPV por 1000 habitantes según año (2011-2040). Fte.: Elaboración propia a partir de Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2012).

La dependencia, junto a la cronicidad, son consideradas en las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, concretamente de su Línea 3 “Envejecimiento, Cronicidad y Dependencia” (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2017). La limitación de las actividades de la vida cotidiana ha presentado una prevalencia del 9% en hombres y mujeres, siendo mayor esta cifra en los grupos de edad más mayores, como por ejemplo en personas mayores de 75 años o más, con prevalencias del 26% en hombres y del 36% en mujeres (Departamento

de Salud del Gobierno Vasco, 2017). Es destacable que mientras que en las mujeres las cifras de prevalencias se han mantenido estables en los últimos años, en los hombres han aumentado un 4%. Tal y como pasa con la cronicidad, la dependencia se asocia también a la clase social y nivel educativo, siendo los más desfavorecidos en ambos puntos los que mayores limitaciones presentan para realizar actividades cotidianas. La tasa de dependencia, comprendida como proporción de población dependiente (personas entre 0-14 años y 65 años o más) en relación a la población activa (entre 15-64 años), ha mostrado un aumento considerable desde 1995, estableciéndose actualmente en el 60,43% (2020), siendo esta la tasa de dependencia más elevada de los últimos 40 años (ver [Figura 8](#)), lo que hace trascender aún más el problema de la dependencia en nuestra sociedad (INE, 2020d).



**Figura 8.** Tasa de dependencia (%) en la CAPV según año (1980-2020). Fte.: Elaboración propia a partir de INE (2020d).

La edad es una variable que también se ha asociado al uso de recursos sanitarios por parte de la población de la CAPV (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019). La última edición de la ESCAV reportó que las personas pertenecientes a los grupos de edad más avanzada hicieron un mayor uso de estos recursos. Primero, un mayor porcentaje de las personas entre 65-74 años (81,9%) y las de 75 o más (94,4%) consumieron fármacos en comparación a los grupos de menor edad (ver [Figura 9](#)). Segundo, en cuanto al porcentaje de personas que acudió en el último año a una consulta médica, las personas de 65-74 años y de 75 o más fueron las que hicieron un uso más frecuente de este tipo de consultas, destacando de esta forma en las categorías de “tres a nueve” (52,6% y 57,1%) y “diez o más” (12,9% y 19,9%) veces en el último año frente a los demás grupos de edad (ver [Figura 10](#)). Tercero, en cuanto a la prevalencia de personas que han acudido a servicios de urgencias en los últimos 6 meses, las personas de 65-74 años y de 75 años o más volvieron a ser el

grupo de edad más frecuente en estos servicios, con un 15,6% y 24,4% respectivamente (ver Figura 11). En cuarto y último lugar, tal y como sucede con la utilización de servicios de urgencias, los habitantes de estos 2 últimos grupos de edad, fueron hospitalizados en un mayor porcentaje (11,6% y 19,1%) en el último año que las personas de menos edad a estos (ver Figura 12). El aumento de las enfermedades crónicas, de la dependencia y otras condiciones de salud vinculadas al envejecimiento poblacional dejan entrever un futuro escenario en el que el uso de recursos sanitarios será considerablemente superior al reflejado por los datos disponibles en la actualidad.

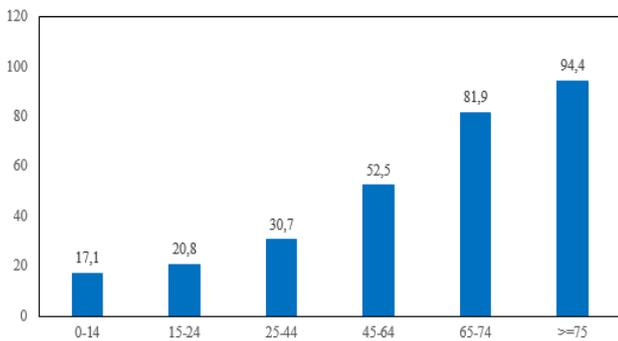


Figura 9. Prevalencia (%) de personas que han consumido medicamentos en los dos días previos por edad. Fte.: Elaboración propia a partir de Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2019).

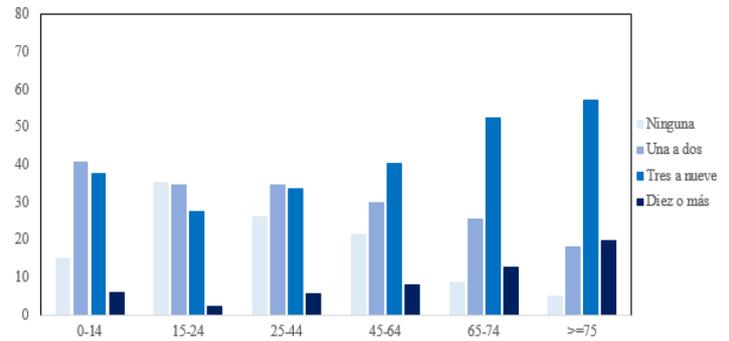


Figura 10. Distribución de la población (%) según el número de consultas médicas de las personas que han acudido en los 12 meses previos por edad. Fte.: Elaboración propia a partir de Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2019).

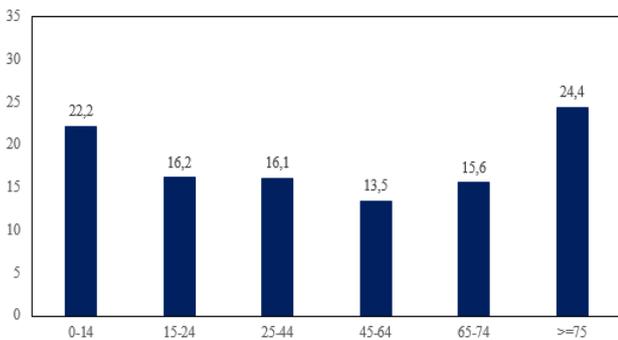


Figura 11. Prevalencia (%) de personas que han sido atendidas en servicios de urgencias en los 6 meses previos por edad. Fte.: Elaboración propia a partir de Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2019).

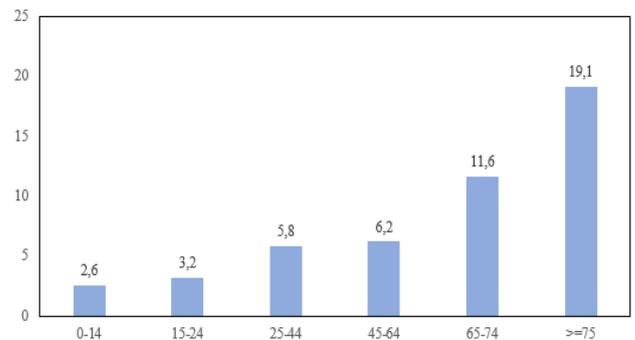


Figura 12. Prevalencia (%) de personas que han sido hospitalizadas en los 12 meses previos por edad. Fte.: Elaboración propia a partir de Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2019).

Como conclusión, el envejecimiento demográfico de la población, fenómeno demográfico resultante del aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad, es presentado como uno de los más grandes retos de las sociedades occidentales actuales. Si bien el crecimiento vegetativo negativo (más defunciones que nacimientos), en el caso de la CAPV, no se traduce en un decrecimiento de la población gracias a un saldo migratorio positivo (más inmigraciones que emigraciones), la situación demográfica actual puede desembocar en conflictos de índole socioeconómico y sanitario. El aumento de la cronicidad y de la dependencia, problemas de salud más prevalentes en las personas de mayor edad, pueden

representar un hándicap para nuestro sistema sanitario, ya que las persona que cumplen con este perfil son las que mayor uso hacen de los recursos sanitarios, ya sea la toma de medicación, las visitas a las consultas médicas y de enfermería, los ingresos en unidades de urgencias y hospitalización, etc. (Chen, Chen, & Cui, 2018; Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019; Fried, Bradley, Williams, & Tinetti, 2001a; Hwang, Weller, Ireys, & Anderson, 2001). Es por todo esto, que el estudio de las personas mayores, bien desde el enfoque de la Gerontología o bien desde el de la Geriatria, requiere de un mayor número de estudios aplicables en políticas sociales, económicas y sanitarias para hacer frente al escenario producto del envejecimiento demográfico.

## **1.2. ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO**

### **1.2.1. La salud, un concepto integral**

#### 1.2.1.1. Definición de la salud a lo largo de la historia

La salud-enfermedad son conceptos cuyo significado y naturaleza ha variado a lo largo del tiempo según la situación sociocultural e histórica. A pesar de ser 2 términos contrarios, la salud y la enfermedad son conceptos difícilmente separables, ya que a la hora de contextualizar ambos términos en el tiempo, las definiciones disponibles sobre una aluden a la otra, reflejando esto una clara dificultad para establecer límites entre ambas expresiones (Guerrero & León, 2008).

##### *1.2.1.1.1. Prehistoria*

La concepción prehistórica de la salud y la enfermedad se sustentaba en conceptos como la religión, la magia o las supersticiones. En este periodo histórico, la enfermedad era atribuida a la ofensa de seres sobrenaturales como deidades, dioses, demonios o espíritus en forma de castigos divinos, posesiones, maleficios, etc. (Mendoza-Vega, 2003; Gómez-Gallego, 2008). Por el contrario, la salud, la cual se identificaba con el bienestar, era producto de la bendición o perdón de los seres sobrenaturales anteriormente descritos (Gómez-Vega, 2003; Svenaeus, 2000). Para hacer frente al problema de la enfermedad, la labor curativa recaía en los denominados sanadores, también llamados chamanes, brujos o curanderos, a través de la adoración, amuletos, rituales, sacrificios, exorcismos, etc., y en las mujeres, las cuales, en el ámbito doméstico, llevaban a cabo la acción del cuidado mediante la higiene, el agua, la alimentación, etc. Además de métodos de curación mágico-religiosos, los actores de salud del momento, también hicieron uso de hierbas y plantas naturales para combatir las dolencias de sus contemporáneos, representado esto una contribución temprana de lo que luego sería el empirismo de la medicina. En resumen, el abordaje de la salud consistió en una combinación de rituales mágico-religiosos, conocimientos intuitivos y los cuidados en el hogar (Jacob, 2016; Martínez & Chamorro, 2017; Mendoza-Vega, 2003; Wild, 2014). El legado de la concepción mágico-religiosa de la salud-enfermedad aún persiste en la actualidad en algunos lugares de América, Australia, Asia, África (Gómez-Vega, 2003; Perea, 2004), y aunque dicho enfoque sea cuestionable, su legado como fuente de conocimientos es innegable (Aréchiga, 2006).

#### 1.2.1.1.2. Edad Antigua

Entre las civilizaciones de la Edad Antigua, lapso de tiempo comprendido entre el 3000 a. C. y el 476 d. C., había algunas que aún mantenían una concepción mágico-religiosa de la salud y la enfermedad. Sin embargo, la irrupción en la Antigua Grecia de Hipócrates (460 a. C. - 370 a. C.), denominado por muchos como el “padre de la medicina moderna”, contribuyó a un cambio del paradigma de la salud, tornándose este hacia un enfoque científico. Aun así, antes de Hipócrates, distintas civilizaciones mostraron vestigios de sistemas médicos avanzados para su tiempo. Un buen ejemplo de ello es la India de este periodo histórico.

El Ayurveda o “ciencia de la vida” fue un sistema tradicional indio de medicina cuya existencia fue datada desde tiempos Védicos (4000 a. C.) (Frawley, 2000; Pal, 1999), y que incluye aspectos holísticos como la salud física, el equilibrio mental, el bienestar espiritual y social, y el entorno (Mukherjee et al., 2016). Esta disciplina toma en consideración la teoría del Tridosha para definir la salud-enfermedad. Según esta teoría, el cuerpo se compone de 3 *dosha*-s (humores): *vata* (aire), *pitta* (fuego/bilis) y *kapha* (agua/flema). Del desequilibrio de estos 3 humores surge la enfermedad, la cual mediante medidas fundamentadas en la observación y en el razonamiento puede ser tratada, como por ejemplo, con plantas y otras drogas (Dubey, Gupta, Mishra, & Singh, 2018; Frawley, 2000; Saini, 2016). Los *vaidya*-s, los cuales disponían de profundos conocimientos, fueron los que ejercieron de sanadores en esta sociedad (Saini, 2016).

Simultáneamente al avance que supuso el Ayurveda en el ámbito de la salud, China también fue un pueblo avanzado en su tiempo en materia sanitaria. La Medicina Tradicional China (MTC), surgida aproximadamente hace unos 5000 años, al igual que el anteriormente citado Ayurveda, hizo acopio de un concepto holístico de la salud, considerando cuerpo, mente y espíritu (Žuškin et al., 2008). La MTC confiere al cuerpo de 4 sustancias vitales (*qi* o energía vital, *xue* o sangre, *jing* o esencia, *jinye* o fluidos corporales) que interactúan con fuerzas bipolares (*yin* o fuerza negativa y *yang* o fuerza positiva), naciendo la enfermedad del desequilibrio entre el *yin* y el *yang*. Los 5 elementos de la naturaleza, los cuales también interaccionan con el *yin* y el *yang*, son los siguientes: tierra, fuego, metal, agua y madera (Chen, 2002; Lozano, 2014; Patwardhan, Warude, Pushpangadan, & Bhatt, 2005). Respecto al tratamiento de la enfermedad de la MTC, destacan terapias basadas en hiervas y plantas, la acupuntura y los masajes (Wang, Wong, & Liao, 2018).

Los primeros indicios de la medicina en Mesopotamia fueron hallados alrededor del 2000 a. C. (Teall, 2014). Si bien la mayoría de culturas de esta zona geográfica concebían la enfermedad como resultado de un castigo divino por ofender a los dioses (concepción mágico-religiosa), la cual solo se podría curar a través de ofrendas, ceremonias, amuletos y diversos procedimientos similares, otros hacían gala de una visión más racional y científica del concepto salud, siendo la enfermedad atribuida a causas naturales, como por ejemplo, la exposición al frío o al calor, comer comida en mal estado, beber demasiado alcohol, etc., pudiendo ser solventada esta a través de tratamientos con hierbas o incluso procedimientos de cirugía. Un buen ejemplo de esta ambivalencia en la concepción de la salud fue reflejada por los agentes de salud de la época, los cuales eran los *âshipu* o exorcistas, asociados a la concepción mágico-religiosa de la salud, y los *âsû*, idealizados como los médicos del momento, más empíricos en su proceder (Biggs, 2005; Retief & Cilliers, 2007; Silva, 2009; 2010).

Según los primeros papiros encontrados que ya hacían referencia a la medicina en el Antiguo Egipto (2000 a. C. - 1500 a. C.) (Žuškin et al., 2008), la magia y la religión han estado fuertemente arraigadas a la ciencia de la medicina en esa civilización. Bajo el amparo de sus creencias religiosas, los egipcios tuvieron una amplia educación en medicina e hicieron grandes avances en la misma, ya sea en el campo de la anatomía, cirugía, prevención (higiene y cuidado del cuerpo), diagnóstico y pronóstico, etc., siendo esto reflejado en múltiples de los papiros encontrados, como pueden ser el Papiro de Edwin Smith y el Papiro de Ebers, ambos datados alrededor del 1600 a. C. (Lain, 1978; Guerrero & León, 2008; Subbarayappa, 2001; Žuškin et al., 2008). La combinación entre la concepción mágico-religiosa y racional y/o empírica de la salud y enfermedad, confirieron a la segunda como un desequilibrio entre la existencia temporal y espiritual de causas externas (sobrenatural o no), pudiendo ser este desbalance solventado por medio de magia, rituales u otros procedimientos empíricos como la cirugía y la farmacopea (El-Assal, 1972; Lain, 1978; Porter, 1999). El rol de la sanación fue ejercido por los *swnw* (médicos), *wab* (sacerdotes) y *sau* (magos) (Nun, 2002).

Es en la Antigua Grecia donde nace la medicina moderna de la mano de Hipócrates (460 a. C. - 370 a. C.), el cual rompió con la concepción mágico-religiosa de la salud y dotó a la salud de una visión naturalista. Esta concepción naturalista establecía la etiología de las enfermedades, y posteriormente su tratamiento, a través de la observación de la relación entre la persona y el entorno que le rodea. Hipócrates definió la enfermedad como el desequilibrio de los 4

humores que conforman al ser humano (*sanguis* o sangre, *chole* o bilis amarilla, *melanchole* o bilis negra y *flegma* o flema) (Badash et al., 2017; Conti, 2018; Guerrero & León, 2008; Subbarayappa, 2001; Žuškin et al., 2008). Antes que Hipócrates, otros filósofos de la Antigua Grecia como Pitágoras (569 a. C. – 475 a. C.) y Alcmeón (siglos VI – V a. C.) incluyeron también el concepto del equilibrio a la hora de definir la salud-enfermedad. Para Pitágoras, el número representa la armonía del todo, incluyendo la del hombre y su salud, y cuando esa armonía desaparece, es cuando surge la enfermedad. Alcmeón, volvió a equiparar la salud con la armonía y el equilibrio, concluyendo que cuando una de las fuerzas de lo húmedo-seco, amargo-dulce y frío-caliente predomina sobre la otra surge la enfermedad. Otro filósofo griego llamado Empédocles (483 a. C. – 423 a. C.) describió la enfermedad como el desequilibrio de los 4 elementos: el fuego, agua, aire y tierra (Gavidia & Talavera, 2012; Guerrero & León, 2008).

Siguiendo las enseñanzas de Hipócrates, en el Imperio Romano, Galeno (129 d. C. – 216 d. C.) fundamentó una concepción holística de la salud, al dotar a las personas de una esfera física, mental y emocional (Badash et al., 2017). Para ello, Galeno complementó la teoría humoral de Hipócrates con los 4 temperamentos. Mediante esta teoría, el desequilibrio de un humor concreto se asocia a distintos temperamentos y tipos de personalidad, existiendo personas con temperamento sanguíneo (sociable, extrovertido, hablador, receptivo, sencillo, animado, despreocupado y con dotes de liderazgo.), colérico (sensible, inquieto, agresivo, excitable, volátil, impulsivo, optimista y activo), melancólico (malhumorado, ansioso, rígido, sobrio, pesimista, reservado, insociable y tranquilo), y flemático (pasivo, cuidadoso, reflexivo, pacífico, controlado, confiable, ecuánime y tranquilo.) (Lester, 1990; Ruch, 1992; Stelmack & Stalikas, 1991).

#### 1.2.1.1.3. Edad Media

Este periodo histórico empieza en el año 476 tras la caída del Imperio Romano de Occidente y acaba en 1492 con el descubrimiento de América, habiendo autores que datan el fin de la Edad Media en 1453 con la caída de Constantinopla, la invención de la imprenta de la mano de Johannes Gutenberg y el fin de la Guerra de los 100 años.

A causa de la fuerte influencia de la Iglesia Católica en la sociedad de antaño, la medicina sufrió un estancamiento considerable. Aunque la salud aún era

considerada según las premisas de Hipócrates y Galeno, es decir, como el equilibrio de los 4 humores del cuerpo (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema), considerando también el balance de los 4 elementos de la naturaleza (fuego, agua, aire y tierra), el cristianismo anuló en gran medida todos los avances obtenidos desde la época de la Antigua Grecia y el Imperio Romano, volviendo a una concepción mágico-religiosa de la salud-enfermedad. La enfermedad era de nuevo vista como un castigo de Dios por haber pecado, y la única forma de lograr la sanación era mediante la adoración y la redención, aunque también se contempló la farmacopea de la mano de plantas, hierbas y animales, de la dieta y del ejercicio físico. El rol de sanador fue ejercido en su mayoría por miembros del clero en monasterios. El movimiento de planetas también estuvo relacionado con la salud y la enfermedad. El enfoque mágico y religioso de la medicina y la salud hizo de la Epidemia de la Peste Negra (siglo XIV) una gran catástrofe, provocando la muerte de aproximadamente 1/3 de la población de Europa (20 millones de personas) (Elliott, 2006; Guerrero & León, 2008; Hajar, 2012; Wallis, 2010; Žuškin et al., 2008).

#### *1.2.1.1.4. Edad Moderna*

La Edad Moderna, periodo histórico vigente desde la caída de Constantinopla en 1453 o el descubrimiento de América en el 1492 hasta la Declaración de Independencia de los Estados Unidos en 1776 o la Revolución Francesa en 1789, supuso un cambio radical en el ámbito de la salud, que abandonó la concepción mágico-religiosa de la salud-enfermedad, para retornar al paradigma racional y observacional promovido por la Cultura Clásica, concretamente por Hipócrates y Galeno, a través de la teoría humoral. Es destacable también el comienzo de la formación a nivel universitario de los médicos y el cambio de enfoque de los hospitales, que ahora prestarían servicio solo a enfermos y con finalidades meramente médicas y no caritativas (Gargantilla, 2011; Guerrero & León, 2008).

El movimiento cultural y científico bautizado como el *Renacimiento* (siglos XV y XVI), trajo consigo serias dudas en torno a la teoría humoral planteada en primera instancia por Hipócrates y posteriormente continuada por Galeno. Uno de los primeros médicos científicos modernos y considerado el padre de la “química moderna” fue Theophrastus Phillippus Aureolus Bombastus von Hohenheim, llamado a sí mismo Paracelso (1493-1541). Paracelso, que además de

ser médico era alquimista y astrólogo, y que tenía fuertes creencias religiosas, rechazó la teoría humoral e incorporó la química a los procesos fisiopatológicos. Según Paracelso, el cuerpo humano disponían de 3 principios físicos: azufre (arde), mercurio (se evapora) y sal (rígido) (Pioreschi, 2006). Giromalo Fracastoro (1478-1553), a su vez, pensaba que había “esporas” que actuaban como agentes de transmisión de diversas enfermedades. La aportación de Fracastoro en el campo de las enfermedades infecciosas y la creación del primer microscopio a finales del siglo XVI de la mano de Zacharias Janssen supusieron un enorme avance en el campo de la microbiología (Cavanaugh, 2017; Gargantilla, 2011). A través de su trabajo de *humani corporis fabrica*, Andrés Vesalio (1514-1564) hizo una aportación sin precedentes en el campo de la anatomía, ya que al describir la estructura del cuerpo humano, hizo una separación entre la forma (anatomía) y la función (fisiología) (Siraisi, 1994; Toledo-Pereyra, 2008).

Ya en el *Barroco* (siglo XVII), un médico inglés llamado William Harvey (1578-1657) definió por primera vez la circulación de la sangre, añadiendo que lo hacía en sentido circular y al unísono con los latidos del corazón (Aird, 2011). Thomas Sydenham (1624-1689), apodado como “el Hipócrates inglés”, declaró los síntomas y signos de una patología como rasgo distintivo para/con otras enfermedades (Leonard, 1990).

Vistos los avances en materia médica de este periodo histórico, se puede corroborar la ruptura con el paradigma mágico-religioso de la salud-enfermedad y el retorno de la teoría humoral, aun así, durante el transcurso de este periodo histórico (Edad Moderna), la validez de esta teoría ha sido ampliamente debatida múltiples autores, llegando finalmente a romper con la misma y adoptando la medicina un enfoque mecanicista y materialista, donde la concepción holística de la persona (el todo) desaparece y se priorizan los aspectos biomédicos (reduccionismo biológico), comparando a la persona con una máquina y a la enfermedad como un fallo en el funcionamiento de dicha máquina que puede ser reparado mediante distintos tratamientos. Aunque Galileo Galilei (1564-1642) fue quien planteó inicialmente el mecanicismo para describir el funcionamiento del mundo físico, fue René Descartes (1596-1650) quien finalmente lo aplicó para explicar el funcionamiento del cuerpo humano (Cuadrat, 1997; de Souza, 1986; Gargantilla, 2011).

*1.2.1.1.5. Edad Contemporánea*

Etapa histórica que transcurre desde la Declaración de Independencia de los Estados Unidos en 1776 o la Revolución Francesa en 1789 hasta la actualidad. La medicina occidental, la cual obtuvo sus avances más destacables entre los siglos XIX y XX, seguía anclada en el reduccionismo biológico, priorizando esta dimensión frente a las demás y definiendo la salud como “ausencia de enfermedad”, en concordancia con lo anteriormente difundido por el mecanicismo (Larson, 1999; Leonardi, 2018; Gavidia & Talavera, 2012).

Sigmund Freud (1856-1939) declaró que varias enfermedades podían ser producto de procesos psíquicos, añadiendo la conversión de experiencias dolorosas en síntomas físicos en su explicación (Kanaan, 2016; Macklin, 1979). Este manifiesto tuvo una gran influencia en la percepción que se tiene de la salud hoy en día, ya que una de las definiciones más influyentes hasta el día de hoy, la elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de su constitución en 1946, bebe directamente de ella. Según esta definición, la salud es “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Esta definición representa un punto de inflexión en la concepción de la salud, ya que confiere a la salud de múltiples dimensiones (física, psicológica y social), y no solo la faceta biológica anteriormente atribuida. Aunque nadie niega la repercusión de esta definición, su validez ha sido ampliamente debatida en los años posteriores. Estos son varios de los argumentos y críticas vertidas sobre la definición de salud de la OMS: “completo bienestar” se antoja como un término y objetivo utópico y difícilmente mensurable, ya que no existen términos absolutos en materia de bienestar, y más en una sociedad con cada vez más enfermedades crónicas (1); la salud es un proceso dinámico, por lo que la naturaleza estanca de esta definición no coincide con una visión realista del proceso-salud enfermedad (2); no toma en cuenta el entorno y situación de la persona (nivel socioeconómico y académico, cultura, problemas de salud, etc.), por lo que esta definición, más que hacer alusión a la salud, se asemeja más a conceptos como la felicidad (3); es totalmente subjetiva, ya que no toma en cuenta la percepción de la salud del individuo y sus necesidades (4). Años más tarde, concretamente en 1978, a través de la Declaración de Alma Ata, la OMS trató de corregir la característica utópica que suponía el término “completo bienestar”, sustituyendo al mismo por “nivel de salud más alto posible”, haciendo también referencia a la necesidad de que otros

sectores a parte del sanitario, como por ejemplo el social y económico, contribuyan a facilitar la misma (Badash, 2017; Chirico, 2016; Gavidia & Talavera, 2012; Conti, 2018; Leonardi, 2018).

Otro autor que hizo una contribución relevante en la concepción de la salud fue René Dubos (1901-1982) y su concepción ecológica de la salud, añadiendo la adaptación de la persona a su entorno a la ecuación de la definición de la salud-enfermedad. En 1956, Dubos definió la salud como “un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado” (Gómez-Arias, 2018). Posteriormente, en 1967, añadió que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en el medio” (Gavidia & Talavera, 2012).

Junto a la adaptación al entorno, la acción de modificar el mismo por parte de la propia persona a través de conductas (estilos de vida) fue también un concepto relevante en la concepción histórica de la salud. El término salud comportamental fue definido por Dominic Matarazzo en 1980 como “campo interdisciplinario dedicado a promocionar la salud acentuando la responsabilidad del individuo para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas” (Cerezo-Reséndiz & Hurtado-Rodríguez, 2012; Matarazzo, 1980).

Tanto la adaptación al entorno como las conductas de salud fueron conceptos que fueron incluidos en la definición de salud de la OMS publicada en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986: “Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (Gómez-Arias, 2018; Larson, 1999).

#### 1.2.1.2. Modelos de Salud-Enfermedad

Una vez analizada la evolución del paradigma salud-enfermedad a lo largo de la historia, puede observarse un patrón que describe la progresión del mismo desde una concepción mágico-religiosa en los primeros años de la humanidad (Prehistoria), hasta la concepción mecanicista, reduccionista y ligada en mayor medida a lo biológico de los últimos años.

La teoría humoral de Hipócrates, defendida después por Galeno, supuso un hito en el ámbito médico y de la salud al romper con el paradigma mágico-religioso de civilizaciones anteriores, bebiendo eso sí, de conceptos previamente estudiados por civilizaciones de la Edad Antigua, como es el ejemplo de la India a través del Ayurveda o “ciencia de la vida” y los chinos con la MTC. Mientras que los primeros contaban con los 3 *dosha*-s o humores (*vata*, *pitta* y *kapha*), los segundos hacían mención del *yin* y el *yang*, 2 fuerzas que interactúan con las 4 sustancias vitales (*qi*, *xue*, *jing*, *jinye*) y con los 5 elementos de la naturaleza: tierra, fuego, metal, agua y madera. El equilibrio de estos elementos, propiedad estudiada posteriormente por Hipócrates y Galeno, y anteriormente por sus predecesores griegos, véase Pitágoras y Alcmeón y Empédocles, era lo que se definía como salud o bienestar. La visión holística del ser humano (cuerpo, mente y alma), también fue una concepción típica en las civilizaciones anteriormente citadas.

La Edad Media fue un periodo histórico en el que hubo un claro retroceso cultural y científico fruto del poder e influencia de Iglesia Católica en la sociedad de la época. Aun así, el legado científico de Hipócrates y Galeno perduró en las sombras hasta que se instauró de nuevo en la Edad Moderna con el Renacimiento. Los avances en el campo de la alquimia y la química (Paracelso), de la microbiología (Fracastoro y Janssen), de la anatomía (Vesalio), de la cardiología (Harvey) y de enfermedades infecciosas (Sydenham), deslegitimaron la teoría humoral para establecerse en una concepción mecanicista que perdura hasta estos días.

El modelo biomédico predominante en la práctica médica actual, ha sido altamente influenciado por el paradigma mecanicista, aun así, la visión holística de las sociedades antiguas, la cual se perdió en las épocas posteriores, ha ido recuperando terreno en los últimos años con trabajos como los de Freud y la OMS. El paradigma ecológico de Dubos y el concepto de salud comportamental de Matarazzo también representan sendos avances en aras de una concepción multidimensional de la salud. La traducción de este probable cambio de paradigma podría verse de la mano del modelo biopsicosocial (ver el apartado 1.2.1.2.4.).

A continuación, serán descritos y comparados los principales modelos de salud existentes en la actualidad.

*1.2.1.2.1. Modelo Biomédico*

Aunque en la Edad Moderna y en el siglo XIX ya existían vestigios de lo que posteriormente se denominaría como modelo biomédico de la salud, no fue hasta 1910 cuando Abraham Flexner (1866-1959), con su “The Flexner Report”, estableció el modelo biomédico como estándar en la formación médica (Duffy, 2011; Flexner, 1910; Stahnisch & Verhoef, 2012). Este modelo fue instaurado y llevado a la práctica la mayor parte del siglo XIX y XX, siendo reseñable también la contribución de la teoría microbiana de la enfermedad de Robert Koch (1843-1910) y Louis Pasteur (1822-1895) a la hora de establecer este paradigma. Este modelo tiene como principal objetivo lograr el funcionamiento óptimo de todos los sistemas físicos del cuerpo, dejando libre al paciente de dolor o deterioro (Miller, 1988).

El modelo biomédico toma prestados diversos principios y consignas ya estudiados anteriormente en la historia. El dualismo confiere a la persona de cuerpo y mente, aunque estas son 2 entidades distintas que no tienen relación entre ellas (1); la salud es definida como “ausencia de enfermedad” (2); el cuerpo humano, de acuerdo con el mecanicismo anteriormente promovido por Galilei y Descartes, es una máquina la cual puede tener fallas en su funcionamiento, siendo estas definidas como enfermedad. De la mano del mecanicismo, el reduccionismo biológico confiere a dicha enfermedad una única causa, la cual es meramente biológica, química o fisiológica, viéndose reducido así un sistema complejo, como en este caso es el cuerpo humano, a una simple causa, respondiendo esto a los principios de uncausalidad y causalidad lineal. Igualmente, el origen de la enfermedad puede ser externo (causas físicas, químicas o microbiológicas) e interno (vasculares, inmunológicas y metabólicas) (3); la figura del médico y el enfoque centrado en la enfermedad adquieren un gran protagonismo, siendo el paciente un actor pasivo en el proceso salud-enfermedad (paternalismo) (4); el impulso de la especialización, la tecnología, la realización de distintas técnicas y procedimientos médicos, todo ello con el fin de ampliar los conocimientos de la medicina, es un epígrafe altamente recurrente en este modelo (5); los signos y síntomas somáticos responden únicamente a la patología, y su tratamiento tiene como objetivo curar la enfermedad somática, y consecuentemente, los síntomas producto de la misma (6) (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004; Miller, 1988; Havelka, Lucanin, & Lucanin, 2009; Strickland & Patrick, 2015; Wade & Halligan, 2004).

Este modelo, que en la práctica ha mostrado beneficios tales como el avance en conocimientos médicos y tratamientos para diversas enfermedades, la reinserción social de pacientes con patología psiquiátrica y la sanación de diversos problemas de salud, como por ejemplo las infecciones (Barkway, 2013; Pearson, Vaughan, & FitzGerald, 2005), ha sido ampliamente debatido en la literatura, surgiendo como resultado de ese debate otros modelos que puedan solventar sus carencias, entre otros el modelo biospiciosocial, el cual será descrito más adelante en este apartado. Entre las desventajas del modelo biomédico podemos encontrar las siguientes: se omiten las dimensiones psicológica y social de la persona, desechando así patologías cuya etiología insta a esas dimensiones (1); se ignora la salud conductual, y por ende los diagnósticos resultantes de la misma, afectando esto claramente a la prevención y promoción en el contexto de salud (2); el paternalismo promueve la insatisfacción del paciente, la mala praxis y la deshumanización (3); no se considera la iatrogenia (4); aumento de costos, pudiendo desembocar en la insostenibilidad del contexto sanitario (5); visión homogénea de las personas (6); mal abordaje de la cronicidad, dado que el modelo se centra principalmente en la curación (7) (Barkway, 2013; Havelka et al., 2009; Kriel, 2000; Miller, 1988; Pearson et al., 2005; Wade & Halligan, 2004).

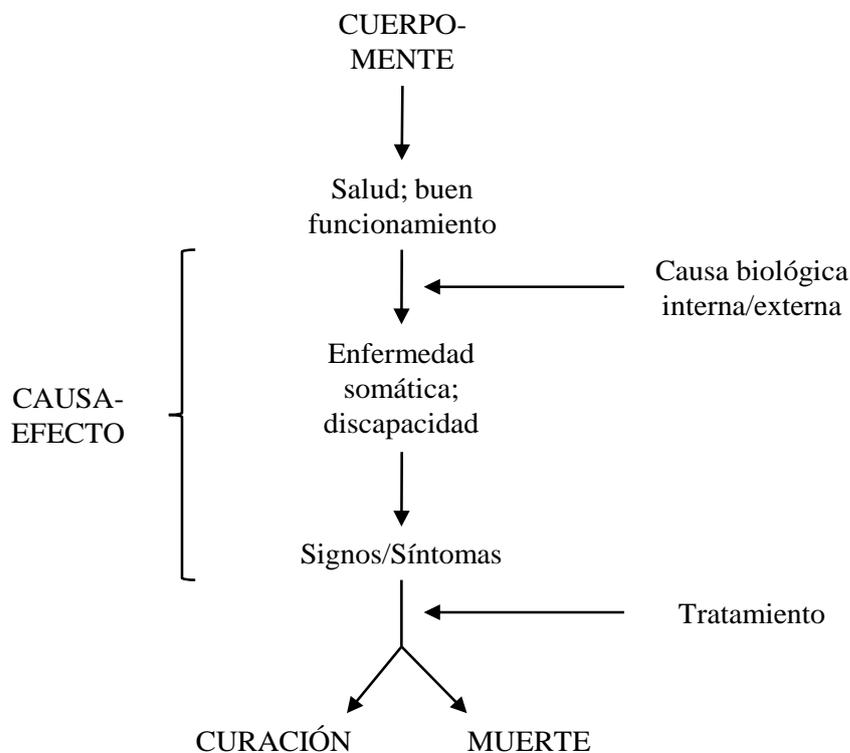


Figura 13. Modelo Biomédico de Salud. Fte.: Elaboración propia.

*1.2.1.2.2. Modelo Holístico*

El modelo holístico de salud es uno de los más longevos que se hayan considerado como alternativas presentadas ante el modelo biomédico y sus limitaciones. Este modelo apareció al final de la década de los 70 y a comienzos de los 80, aunque en la Edad Antigua ya se hacía referencia a este término, primero en la India y en China, con el Ayurveda y la MTC respectivamente, y posteriormente en la Grecia Clásica. El término “holismo” fue definido por primera vez en 1926 por Jan Smuts (1870-1950) en su obra “Holism and Evolution”, describiéndolo como “la tendencia en la naturaleza a formar un todo que es superior a la suma de las partes mediante la evolución creativa” (Smuts, 1926; Wade, 2009). Considerando ese todo como “cuerpo, mente y espíritu”, este modelo tiene como objetivo la armonía y equilibrio entre estos 3 elementos, traducándose esto en un nivel bienestar más elevado que el que se lograría con la atención a un solo elemento (Lowenberg & Davis, 1994; Miller, 1988).

Al igual que el modelo biomédico, el modelo holístico dispone de varias características que lo distinguen del resto de modelos. El concepto de la salud se asocia a la armonía entre cuerpo, mente y espíritu, identificándose a la enfermedad como la desarmonía de la mismas y un fracaso en el proceso de adaptación de la persona al entorno, que fuera de la connotación negativa, representa una oportunidad un cambio de hábitos (1); el holismo se distancia del dualismo del modelo biomédico, ya que esta vez, la persona se compone una dimensión física, mental, social y espiritual, las cuales están interrelacionadas entre sí (2); al contrario que en el modelo biomédico, el cual dirigía la entidad salud-enfermedad hacia lo somático, el modelo holístico asume que ambas son de origen psicosomático (3); el paciente, protagonista del proceso salud-enfermedad, tendrá la responsabilidad de su salud, haciendo especial hincapié en la prevención y promoción de la salud, actuando los profesionales de la salud como agentes facilitadores, de apoyo o de consejo (educación para la salud) (4); se le da mucha importancia al autocuidado, combinando al mismo tiempo la terapia médica convencional con terapias alternativas como la musicoterapia, quiropraxia, el herbalismo, acupuntura, yoda, homeopatía, etc. (5) (Baer, 2004; Lowenberg & Davis, 1994; Miller, 1988; Sobo & Loustaunau, 2010; Wade, 2009).

Este paradigma de salud permite una concepción global de la persona (no solo física), facilitando así un abordaje más completo de la salud de la persona, además de alentar a la discusión. Aun así, este modelo presenta desventajas que

pueden desacreditarla como tal: los académicos observan escépticos a este modelo, dada la falta de consenso sobre la efectividad de las terapias alternativas anteriormente mencionadas sin complementarse con terapias del modelo biomédico (1); en cuanto al autocuidado, la no formación de la persona en materia de la salud y la gravedad de la enfermedad que padece podría hacer del autocuidado una medida perjudicial para su salud (2); por último, el modelo holístico, al igual que el biomédico, trata de priorizar en lo objetivo, por lo que ambos fallan en la dicotomía causa-efecto (causalidad lineal) (3) (Miller, 1988; Nodoushan, 2014; Sobo & Loustaunau, 2010; Wade, 2009).

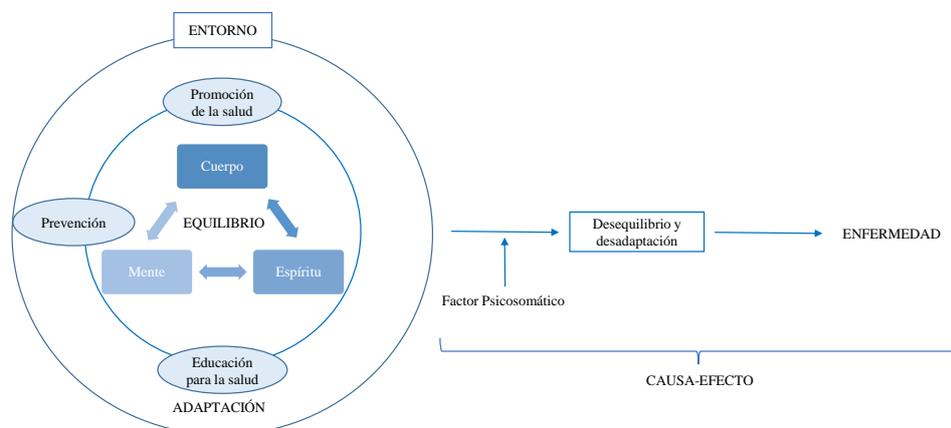


Figura 14. Modelo Holístico de Salud. Fte.: Elaboración propia.

#### 1.2.1.2.3. Modelo Ecológico

Entre los primeros precedentes de este modelo podemos encontrar la definición del paradigma ecológico de salud-enfermedad de la mano de Dubos en 1956. Este autor integraba por primera vez el entorno al concepto salud, complementando a posteriori dicha definición con la adaptación al medio que rodea a la persona para un mejor funcionamiento. Antes que Dubos, ya en la India de la Edad Antigua (Ayurveda) y en Grecia, el entorno ya era contemplado de forma banal en la concepción de la salud, pero no fue hasta los años 70, concretamente en 1970, cuando el modelo ecológico de la salud fue elaborado. Mervyn Susser (1921-2014) concibió este modelo teórico con la triada agente-huésped-entorno como pilar principal (Susser, 1972), elemento fuertemente ligado a la epidemiología, e integrando a la vez conocimientos y premisas holísticas (salud integral) y el comportamiento de las personas (promoción, prevención y educación para la salud), este último desarrollado posteriormente por Matarazzo (1980) (Arredondo, 1992; Auerswald, 1998; Morabia, 2015).

La adaptación al entorno y el bienestar físico, mental y social producto del mismo, premisa ya mencionada por la OMS en su Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986, se postula como el objetivo de este modelo (Gómez-Arias, 2018; Larson, 1999; Satariano, 2006). El modelo ecológico rechaza la unicausalidad, aceptando que la enfermedad y el agente que la provoca pueden tener distintas etiologías (multicausalidad), entre las que se pueden encontrar causas biológicas, mentales, sociales y del entorno. Por otra parte, las competencias y/o habilidades de las personas para adaptarse al entorno están sujetas a varios factores intrapersonales (conocimientos, actitudes y habilidades) e interpersonales, todas ellas de carácter multidimensionales. El entorno es definido como un elemento dinámico de índole físico (biológico) y social (familia y comunidad) (Arredondo, 1992; Auerswald, 1998; Kaufman & Poole, 2000; Miller, 1988; Morabia, 2015; Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996; Satariano, 2006).

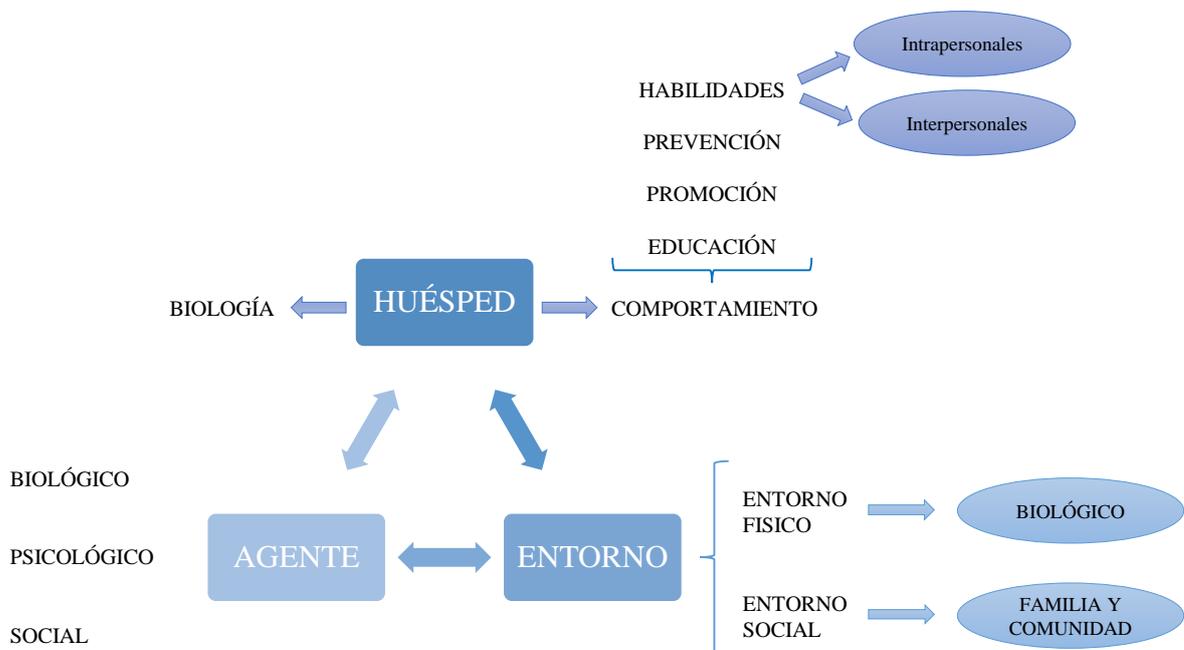


Figura 15. Modelo Ecológico de Salud. Fte.: Elaboración propia.

A la hora de planificar programas de salud para una comunidad, este modelo toma en consideración la realidad y necesidades de las personas a las que va dirigida, permitiendo a la vez la implementación de modelos teóricos complementarios basados en procesos de interacción e intercambio de información y siendo eficaz en la detección de los grupos poblacionales más vulnerables. Aun así, no son todo ventajas, ya que este modelo cuenta con múltiples limitaciones que

lo hacen menos atractivo en comparación al resto, entre otros: como metodología es ineficiente en el abordaje de la esfera social (1); la triada ecológica, aunque pueda ser útil para definir relaciones entre variables, no es precisa para establecer la causalidad (2); la dualidad en el origen de la conducta, interna-externa o intrapersonal-interpersonal, puede representar un problema metodológico (3); en el campo de la educación y promoción de la salud ha despertado más el interés en lo teórico que en lo experimental, siendo para muchos un modelo intimidante, poco práctico y difícil en su ejecución (4) (Arredondo, 1992; Auerswald, 1998; Morabia, 2015; Richard et al., 1996; Satariano, 2006).

#### *1.2.1.2.4. Modelo Biopsicosocial*

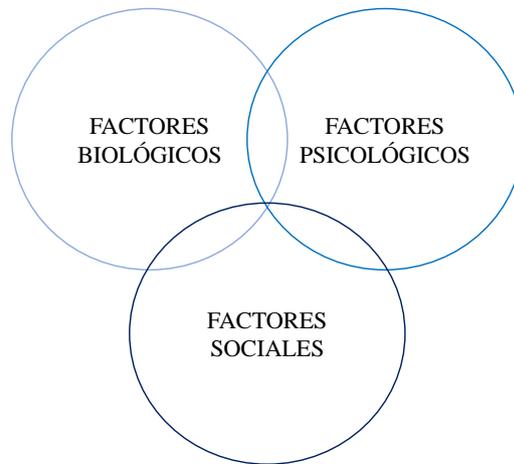
George L. Engel (1913-1999), médico internista y psiquiatra americano, consciente de las limitaciones del modelo biomédico, en 1977 confeccionó el modelo biopsicosocial como respuesta al primero en su trabajo titulado “The Need for a new medical model”, integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales para el estudio, prevención y tratamiento de la enfermedad (Engel, 1977). El panorama de salud del momento, en el que la cronicidad se había postulado como un problema de salud prevalente en la sociedad, había dejado en evidencia las carencias del modelo biomédico, dado que muchas de estas enfermedades eran producto de factores de riesgo de múltiples dimensiones. A día de hoy, es un modelo cuya validez y utilidad ha sido corroborada en múltiples estudios, especialmente en el campo de la rehabilitación y la discapacidad, considerando entidades como el deterioro funcional, la patología psiquiátrica y el dolor crónico. A pesar de esto, en la actualidad se sitúa tras el modelo biomédico, siendo su uso en unidades médicas y quirúrgicas de agudos poco difundido, al igual que en la política y en las gerencias de los sistemas de salud (Havelka et al., 2009; Wade & Halligan, 2017).

Este modelo, que en ningún momento pretende suplantar al biomédico, se presenta como una contraparte del mismo, presentado en repetidas ocasiones característica totalmente opuestas. El modelo psicosocial, no de acuerdo con el reduccionismo biológico, unicausalidad y causalidad lineal presentados por el modelo biomédico, se inspira en la teoría general de sistemas (TGS), considerando a la persona como un sistema dinámico compuesto de múltiples subsistemas que interactúan entre sí (biológico, psicológico y social). Cuando uno de los sistemas falla, es cuando la salud se torna en enfermedad, haciendo alusión esto también a la

multicausalidad (1); a su vez, la persona, idealizada como sistema, se organiza jerárquicamente de átomo a célula, de órgano a cuerpo y de familia a comunidad y universo, componiendo una estructura de retroalimentación circular (2); la sintomatología pasa a un segundo lugar, priorizándose el entorno de la persona y sus conductas de salud, dándose así la promoción y prevención de salud (3); el médico cede protagonismo al paciente, dejando de lado el paternalismo, y completando el segundo un rol activo sobre su salud (4); este modelo aúna un enfoque interdisciplinar en el abordaje de la salud-enfermedad, siendo el equipo de salud, compuesto por profesionales de distintas disciplinas (médicos/as, enfermeros/as, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, psicólogo/a, trabajadores/as sociales, etc.) los encargados de asesorar y asistir al paciente en su proceso de salud-enfermedad (5); la entrevista gana relevancia en un proceso de anamnesis en el que la sintomatología pierde peso, ya que los factores psicosociales interactúan con los biológicos pudiendo alterar el curso de la enfermedad, la respuesta al tratamiento, y por ende, la velocidad de recuperación (6); el proceso asistencial comienza con la identificación del problema, la planificación integral y posteriormente la intervención (7); se reconoce la iatrogenia, identificándose esta en muchas ocasiones con un fallo simultáneo de todos los sistemas sin gradualidad en el proceso (8) (Alonso, 2004; Borrell-Carrió et al., 2004; Engel, 1997; Havelka et al., 2009; Miller, 1988; Wade & Halligan, 2017).

El paradigma biopsicosocial, validado a nivel teórico y experimental, ha supuesto un gran avance en el ámbito sociosanitario, permitiendo una mejor y más transparente comunicación médico-paciente, el desarrollo de nuevas disciplinas tales como la psiconeuroendocrinología y la psiconeuroinmunología, avances en programas de prevención y promoción de salud, contribución a la formación de profesionales del sector, enfoque interdisciplinar en la asistencia y en la investigación, facilitando el abordaje integral de la salud y un tratamiento adaptado a las necesidades del paciente (atención centrada en la persona (ACP)), etc. A pesar de las ventajas que nos ofrece este modelo, su ejecución presenta las siguientes limitaciones: requiere un gasto elevado de tiempo y recursos, siendo una opción atractiva únicamente en el abordaje de la cronicidad (1); ausencia de un sistema de conceptos definido (2); dificultad para establecer la direccionalidad causa-efecto dentro de cada subsistema (3); discrepancias entre profesionales de distintas disciplinas y tiempo requerido para el funcionamiento correcto del equipo de salud

(4) (Alonso, 2004; Engel, 1980; 1997; Havelka et al., 2009; Wade & Halligan, 2017).



**Figura 16.** Modelo Biopsicosocial de Salud. Fte.: Elaboración propia.

Una vez analizados los principales modelos de salud acorde a los paradigmas de salud previamente estudiados en el apartado histórico (ver el apartado 1.2.1.1.), en la actualidad, el modelo que predomina sobre los demás es el biomédico. Desde tiempos de Edad Moderna, la sociedad percibe la salud de forma mecanicista, es decir, haciendo un símil entre el funcionamiento del cuerpo humano y el de una máquina. Este paradigma, junto con el reduccionismo, el dualismo, la unicausalidad y la causalidad linear, representan sendos fundamentos del modelo biomédico de hoy en día.

Tal y como se ha incidido anteriormente, a pesar de la aparición de modelos alternativos a este, específicamente en el caso del holístico y el ecológico, si bien estos tienen un cuerpo teórico notable, sus beneficios en la práctica no son contundentes. El modelo biopsicosocial, el cual toma prestados conceptos de los 2 anteriores, dispone de suficiente evidencia en la bibliografía sobre su eficacia a la hora de promocionar la salud y prevenir y tratar la enfermedad, no obstante, se mantiene a la sombra del modelo biomédico. Es comprensible que factores como el elevado gasto de recursos y tiempo, la dificultad de establecer la direccionalidad de la causalidad y posibles conflictos en el equipo de salud quiten atractivo al modelo psicosocial. Aun así, especialidades médicas como la Geriátrica, que inspira su metodología en varios principios de este modelo, véase la interdisciplinariedad y la valoración geriátrica integral (VGI), logran excelentes resultados en personas mayores. Tal vez el miedo al cambio sea la principal causa de la resistencia de servicios médicos a adoptar el modelo psicosocial en su proceder, y más cuando el modelo biomédico ha resultado ser un sistema con el aval de los resultados en salud.

A continuación, para una mejor comprensión de los modelos de salud, se presentan las principales características del modelo biomédico, holístico, ecológico y psicosocial (Figura 17):

Modelo Biomédico	Modelo Holístico	Modelo Ecológico	Modelo Biospiciosocial
Dualismo cuerpo-mente	El "todo": cuerpo, mente y espíritu	Triada agente-huésped-entorno	Multidimensionalidad: dimensión física, psicológica y social
Salud como ausencia de enfermedad	Salud como armonía y equilibrio del "todo" y adaptación al medio	Multicausalidad	Teoría general de sistemas (TGS)
Mecanicismo	Origen psicosomático de la enfermedad	Prevención	Multicausalidad
Reduccionismo biológico	Causalidad lineal	Promoción de la salud	Orden jerárquico del sistema
Unicausalidad (externa o interna)	Paciente como protagonista del proceso salud-enfermedad	Educación para la salud	Entorno
Causalidad lineal	Prevención	Habilidades intrapersonales e interpersonales para adaptación al entorno	Conductas (prevención y promoción de la salud)
Paternalismo y priorización de la enfermedad	Promoción de la salud	Entorno físico (biológico) y social (familia y comunidad).	Relación médico-paciente (activo)
Especialización, tecnología, técnicas y procedimientos	Educación para la salud		Enfoque interdisciplinar; equipo de salud (asesoramiento y asistencia)
Signos y síntomas ligados únicamente a la enfermedad somática	Autocuidado		Entrevista al paciente
Objetivo: curación	Medicina convencional y terapias alternativas (musicoterapia, yoga, etc.)		Identificación del problema, planificación integral e intervención
No iatrogenia			Iatrogenia

**Figura 17.** Características principales del modelo biomédico, holístico, ecológico y biopsicosocial de salud. Fte.: Elaboración propia.

## **1.2.2. Teorías del envejecimiento**

### 1.2.2.1. Antecedentes teóricos del envejecimiento

El concepto del envejecimiento ha despertado el interés del ser humano desde tiempos remotos, estando entre los interesados múltiples filósofos y científicos de distintas épocas (da Costa et al., 2016). El envejecimiento, entendido como un proceso biológico, erróneamente ha sido atribuido a grupos edad específicos, como pueden ser las personas de 60 años o más (Kalache, 1999), pero en realidad, este proceso comienza incluso antes del mismo nacimiento, desarrollándose a lo largo de la vida de la persona y viendo su fin con el fallecimiento de la misma (Alvarado & Salazar, 2014; Balcombe & Sinclair, 2001).

Aunque el envejecimiento no sea un proceso exclusivo de un grupo de edad concreto, varios autores sí atribuyen los signos y síntomas más evidentes de este proceso, en su mayoría relacionados a distintos problemas de salud y pérdidas físicas, psicológicas y sociales, al colectivo de personas mayores, los cuales se sitúan en la última etapa vital, es decir, la vejez (da Costa et al., 2016; Pitt, 1998; Ryan, Coughlan, Shahid, & Aherne, 2013). Esta connotación negativa del término “envejecimiento”, se ha visto traducida en muchas de las definiciones confeccionadas para describir este proceso. Strehler (1977) estableció 4 postulados para definir el envejecimiento: el envejecimiento es un proceso universal que sucede en distintos grados en todos los individuos de una especie (1); es intrínseco, siendo sus causas únicamente endógenas y sin depender de factores extrínsecos (2); avanza progresivamente a lo largo del ciclo vital, pero en menor medida en los jóvenes (3); y el envejecimiento debe ser perjudicial (4). Estos postulados fueron complementados con teorías posteriores que reincidieron en el carácter negativo del proceso de envejecer. Harman (1981) definió el envejecimiento como “una acumulación progresiva de cambios a lo largo del tiempo que causa un aumento de la susceptibilidad a la enfermedad y la muerte según avanza la edad de la persona”. En relación a la anterior definición, otros autores identificaron el envejecimiento con una serie de cambios que se traducen en un aumento de la vulnerabilidad y el descenso de respuesta adaptativa de la persona frente al estrés ambiental y la enfermedad, concluyendo el proceso en la muerte de la persona (Lehr, 1980; Evans, 1988). En concordancia con las anteriores definiciones, la OMS fundamentó su definición biologista del envejecimiento sobre premisas mayormente negativas, comprendiendo el envejecimiento como “una acumulación de múltiples daños moleculares y celulares que con el tiempo reducen las reservas biológicas, aumentando el riesgo a enfermar y disminuyendo la capacidad del

individuo al entorno” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). A pesar de lo anterior, la OMS indicó que esta definición no era aplicable a un grupo de edad concreto, ya que el envejecimiento viene influenciado fuertemente por el entorno y el comportamiento de la persona, haciendo alusión así a la heterogeneidad del concepto.

Estas teorías, cuyo enfoque del envejecimiento es claramente negativo, surgen de la Grecia Clásica y de su característico *pesimismo griego* (López-Pulido, 2018). Esta concepción del envejecimiento contradice a la propia de épocas anteriores. Un claro ejemplo de ello eran las sociedades primitivas de la prehistoria, las cuales consideraban a las personas mayores como miembros fundamentales de su sociedad, aportando conocimientos y experiencia (Gómez-Álvarez, 2019; Observatorio de Personas Mayores, 2009). Es en la Grecia de la Edad Antigua, donde nacen las 2 visiones antagónicas del envejecimiento que perduran hasta el día de hoy a la hora de definir y dar sentido a las personas mayores y al envejecimiento: la concepción platónica y la concepción aristotélica del envejecimiento, que hacen clara alusión a la dicotomía salud/enfermedad.

A partir de su obra “*República*” (370 a.C.), Platón (427 a. C. – 347 a. C.) ilustra una concepción positiva del envejecimiento, definiendo la vejez como la etapa en la que el hombre adquiere su estado máximo de prudencia, discreción, sagacidad y buen juicio, desempeñando en la sociedad roles de gran responsabilidad y respeto, tales como funciones directivas, administrativas, directivas y gubernamentales, abocando esto a una alta estima social. Al mismo tiempo, las vivencias de la juventud y la edad adultas influirían considerablemente sobre las de la vejez, haciendo una clara alusión a la prevención y profilaxis (Anton, 2016; Carbajo, 2008; Jiménez-Alfaro, 2015). La visión positiva del envejecimiento de Platón se vio fuertemente influenciada por la “*Ilíada*” de Homero (siglo VIII a. C.), en la cual, mediante el idealismo, glorifica a Nestor, un hombre mayor al que atribuye características como la sabiduría, la justicia, la inteligencia, y el físico, presentándolo a su vez como el máximo exponente de las personas mayores y el envejecimiento (Haynes, 1962). A su vez, las aportaciones de Platón con su “*República*” y posteriormente “*Apología*”, contribuyeron a 3 de las grandes cuestiones de la gerontología actual: el debate entre teorías del envejecimiento, la revisión de la vida y la naturaleza de sabiduría de la vejez (McKee & Barber, 2001).

Años más tarde, aún en la Grecia Clásica, Aristóteles (384 a. C. – 322 a. C.) promovió una visión del envejecimiento totalmente vinculada a la enfermedad y el deterioro, declarando que “la enfermedad es una vejez adquirida y la vejez una

enfermedad natural, ya que hay enfermedades que se manifiestan de la misma forma que la vejez” (López-Pulido, 2018). La muerte también era un concepto fuertemente unido al envejecimiento. Según Aristóteles, haciendo un símil de la muerte con la extinción de un incendio, refiere que la muerte viene dada por una causa externa (extinción), o de la mano de la vejez (agotamiento) (Diamandopoulos, 2017). Con su obra “*Retórica*” (siglo IV a. C.), Aristóteles criticó la percepción del envejecimiento de Platón, que en su parecer era irrealista, argumentando que no había nada que pudiese evocar a la gente joven para querer ser mayor (Haynes, 1962). La cuarta y última etapa de la vida, contraparte de la juventud (exceso), denominada como “*senectud*”, está directamente relacionada con el deterioro y la ruina (defecto), achacando a las personas mayores cualidades como desconfiadas, egoístas, cínicas, de mal carácter, mezquinas, cobardes, pesimistas, interesadas, charlatanas, etc. (Anton, 2016; Carbajo, 2008; Gómez-Álvarez, 2019; Jiménez-Alfaro, 2015).

Muchos de los estereotipos del envejecimiento presentes en las sociedades occidentales actuales, beben en gran parte de la concepción platónica y aristotélica del envejecimiento, las cuales, como se ha mencionado anteriormente en este párrafo, atribuyen al envejecimiento características positivas en el caso de Platón, y negativas en el caso de Aristóteles (Medina, 2018). Estas creencias o estereotipos, según su orientación positiva o negativa, posteriormente darán lugar a prejuicios o filias que a su vez se verán traducidos en conductas discriminatorias o de veneración, completando así el ciclo de la discriminación por edad o edadismo, pudiendo ser este positivo o negativo según la naturaleza de sus actitudes (Castellano & de Miguel, 2010; Palmore, 1999).

Después de las enseñanzas de Aristóteles, volviendo a la concepción positiva del envejecimiento, en la Antigua Roma, Cicerón (106 a.C. – 43 a.C.), al igual que Platón, describió el envejecimiento como una etapa en la que se recogían experiencias de las etapas anteriores, destacando las facultades intelectuales de las personas mayores (Jiménez-Alfaro, 2015; Rodríguez-Daza, 2011). “*De Senectude*”, obra elaborada por este autor en el año 44 a. C., fue el primer tratado filosófico del envejecimiento en Occidente y contempló el envejecimiento como una oportunidad de cambio positivo y productividad, rompiendo con premisas previas como la enfermedad y el deterioro: “los brazos mejor adaptados a la vejez son producto de la práctica y adquisición de las virtudes cultivadas en cada período de la vida, logrando frutos maravillosos cuando alcanzas la vejez” (Agronin, 2014; Bowling, 1993). Otra aportación relevante del trabajo “*De Senectude*” fue la descripción de razones por las cuales a las personas no les gusta la vejez: alejamiento de la actividad, debilitamiento del cuerpo, privación de

placeres físicos y cercanía a la muerte, siendo estas desmentidas una a una (Anton, 2016). Cicerón, considerado por muchos uno de los padres de la gerontología social, enfocó su trabajo en el campo del envejecimiento a lograr una vejez más saludable y difundir pautas para lograrlo (López, 2013).

Séneca (4 a.C. – 65 d.C.) prosiguió con el estoicismo del que Cicerón hizo gala previamente, anteponiendo la razón a toda emoción y sentimiento, y concibiendo el envejecimiento positivamente sin evitar atribuir al mismo características negativas que están presentes en esta etapa del ciclo vital (Gómez-Álvarez, 2019). Esta actitud fue reflejada en varias de las “*Cartas*” que envió a Lucilio. Entre las cartas que hacen referencia a la vejez encontramos las siguientes (Séneca, 1884; 1986).

- *Carta XII*: Séneca, que rondaba la vejez mientras escribía su obra, menciona el deterioro físico producto del tiempo describiendo el deterioro que mostraban su casa, árboles y un amigo. A pesar del evidente desgaste de las cosas, Séneca halla ventajas en la vejez, atribuyendo a la misma la capacidad de saborear mejor la vida.
- *Carta XXVI*: Una vez alcanzada la vejez, Séneca la empodera haciendo un ejercicio de reflexión ante la preparación para la muerte. Refiere que el alma de las personas mayores es vigorosa, quita importancia a la opinión y juicio del hombre, alegando que la calidad de las obras hechas a lo largo de la vida será evaluada al entregar el alma (fallecimiento) y acepta la muerte, invitando a la reflexión sobre la misma para “olvidarse de ser esclavo” y definiendo el “amor a la vida” como la fuerza que nos mantiene con vida en la vejez, la cual no debe impedir la aceptación de la propia muerte.
- *Carta LXI*: Séneca acepta la muerte, expresando que vive como si cada día fuese el último. Junto a esto, testifica que una actitud recta durante la vida garantiza una muerte digna. También acepta que los deseos y aspiraciones en la vejez no pueden ser los mismos que en la juventud y que es necesario rectificar los antiguos extravíos. La satisfacción vital se presenta como un concepto que facilita la espera a la muerte.
- *Carta XCIII*: En esta carta se hace alusión a la anteposición de los actos frente a la duración de la vida. Séneca atribuye al destino la duración de la vida y a la conducta los actos de la persona a lo largo de la misma, indicando que una vida es completa, y por ende larga, cuando el alma es dueña de la conducta. Para finalizar, Séneca establece como objetivo de

la vida la sabiduría, producto del anteriormente citado proceso, aceptando finalmente la muerte y describiéndola como algo que no se puede evitar: “¿qué importa el tiempo que evites lo que no puedes evitar?”.

- *Carta XCVI*: La vida es comparada con la guerra, añadiendo que quien quiere envejecer debe aceptar todo lo que ello conlleva, incluyendo las dificultades, las cuales son decretadas por Dios.

El reduccionismo biológico y el mecanicismo propios del modelo biomédico de salud y la percepción negativa del envejecimiento de Aristóteles, los cuales entendían el envejecimiento como un proceso cronológico y biológico caracterizado con el deterioro, la ruina y la enfermedad, representan un obstáculo para la concepción multidimensional del envejecimiento. El modelo biopsicosocial del envejecimiento, al contrario que sus contrapartes biomédicas y aristotélicas, comprenden la edad no solo como un concepto meramente cronológico, sino también como un concepto biológico, psicológico, social y funcional. A continuación se describen los distintos tipos de edad (Alcalde & Laspeñas, 1997; Alvarado & Salazar, 2014; Bueno, Vega, & Buz, 2005):

- *Edad cronológica*: comprendida como el número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la edad actual que tiene la persona.
- *Edad biológica*: edad directamente ligada a los cambios anatómicos, biológicos y fisiológicos del organismo según el ciclo vital. Está vinculada al grado de deterioro y/o desgaste del cuerpo.
- *Edad psicológica*: definida como la capacidad adaptativa del individuo a su entorno teniendo en cuenta la edad cronológica de otros individuos. Comprende procesos cognitivos, afectivos, de personalidad y conductuales.
- *Edad social*: rol o función desempeñado por el individuo en la sociedad según su posición en el ciclo vital. En esta etapa de la vida, es destacable la jubilación o cese de la actividad laboral.
- *Edad funcional*: en relación a la edad biológica, psicológica y social, la edad funcional viene a ser definida como la capacidad y/o habilidad para responder a las demandas propias de la edad, sirviendo como ejemplo la adaptación al entorno en el que vive la persona y el desempeño de actividades de la vida diaria (AVD).

La *edad subjetiva*, otro concepto de edad que viene siendo estudiado desde la década de los 50, es definida como la edad que la persona siente que tiene, agrupándose a sí misma en un grupo de edad concreto (Barak & Stern, 1986; Goldsmith & Heiens, 1992; Montepare, 2009). La autopercepción que las personas tienen de su propia edad es descrita como algo multidimensional, acogiendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Gruhn, & Smith, 2008). Volviendo de nuevo al carácter multidimensional de la salud subjetiva, varios estudios confirman que una edad subjetiva más elevada está asociada a múltiples factores médicos y psicosociales negativos, como pueden ser: padecer problemas de salud, estrés, afecto negativo (Kotter-Grühn, Neupert, & Stephan, 2015), un flujo espiratorio pico más bajo, mayor circunferencia de cintura, menor fuerza en las manos, discriminación por edad percibida, (Stephan, Sutin, & Terracciano, 2015), una menor satisfacción vital, etc. (Mock & Eibach, 2011).

La discriminación por edad o edadismo, concepto introducido por Robert N. Butler (1969) y que representa el tema del presente trabajo, ha interactuado con frecuencia con la edad subjetiva a lo largo de la literatura (Eibach, Mock, & Courtney, 2010; Marquet et al., 2018; Sánchez, 2004; Stephan et al., 2015). Las discrepancias entre la edad cronológica y la edad subjetiva, en ocasiones, surgen como una respuesta a la exposición a estereotipos negativos del envejecimiento, sirviendo muchas veces una edad subjetiva más joven como mecanismo de autoprotección frente a estas percepciones negativas del envejecimiento y sus efectos perjudiciales (Kotter-Grühn, Kornadt, & Stephan, 2016).

Los ESTUDIOS I & II de esta Tesis Doctoral abordan el análisis de estereotipos edadistas con múltiples variables de índole multidimensional (biopsicosociales). A lo largo de la literatura, la edad subjetiva, al igual que los estereotipos negativos del envejecimiento, ha resultado asociarse a variables biológicas, psicológicas y sociales, coincidiendo incluso en ocasiones dichas variables con otras relacionadas a la discriminación por edad, como por ejemplo: el estado funcional (Choi & Jang, 2019; Rippon & Steptoe, 2018), el rendimiento cognitivo (Stephan, Caudroit, Jaconelli, & Terracciano, 2014; Stephan, Sutin, Caudroit, & Terracciano, 2016), la depresión (Keyes & Westerhof, 2012; Rippon & Steptoe, 2018), la soledad (Ayalon, Palgi, Avidor, & Bodner, 2016; Spitzer, Segel-Karpas, & Palgi, 2019), etc.

Antes de describir las teorías del envejecimiento, cabe destacar que actualmente no existe una teoría unificada que explique las causas o motivos por los cuales los seres humanos envejecemos (Viña, Borrás, & Miquel, 2008). Las primeras teorías

sociales del envejecimiento surgieron en la Antigua Grecia, incluyendo indicios de teorías biológicas de la mano de Aristóteles, pero no fue hasta el siglo XIX cuando el estudio de las teorías del envejecimiento sufrió un crecimiento exponencial, primero con las teorías psicológicas, y posteriormente con las teorías biológicas tras la revolución industrial y en la segunda mitad del siglo XX, coincidiendo esto con el predominio del modelo biomédico (Hernández-González, 2013). Según Medvedev (1990), han sido revisadas más de 300 teorías sobre el envejecimiento, aumentando el número de las mismas con cada avance en biología molecular y celular (Miquel, 2006). Goldstein y Cassidy (2010) categorizaron las teorías del envejecimiento en 3 grandes grupos: teorías biológicas, teorías psicológicas y teorías sociales, dividiendo a su vez las teorías biológicas en 2 subcategorías: teorías estocásticas y teorías no estocásticas. A continuación, en los siguientes apartados, serán descritas las teorías del envejecimiento más destacadas de cada categoría (Figura 18).

Teorías Biológicas	Teorías Psicológicas	
<p><b>ESTOTÁSTICAS</b></p> <p>Teoría del Uso y Desgaste</p> <p>Teoría del Entrecruzamiento</p> <p>Teoría de Radicales Libres</p> <p>Teoría del Error Catastrófico</p> <p>Teoría de Acumulación de Desechos</p> <p>Teorías Genéticas</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Regulación Genética</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Diferenciación Terminal</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Inestabilidad del Genoma</i></p> <p>Teoría de la Mutación Somática</p>	<p>Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson</p> <p>Teoría Individualista de Jung</p> <p>Desarrollo de Tareas y Vejez de Peck</p>	
<p><b>NO ESTOTÁSTICAS</b></p> <p>Teoría del Límite de Hayflick</p> <p>Teoría del Reloj Genético/Biológico</p> <p>Teoría Neuroendocrina</p> <p>Teoría Inmunológica</p>	<th data-bbox="805 1467 1339 1536">Teorías Sociales</th> <p>Teoría de la Desvinculación</p> <p>Teoría de la Actividad</p> <p>Teoría de la Continuidad</p> <p>Teoría de la Subcultura</p> <p>Teoría de la Estratificación por Edades</p> <p>Teoría Persona-Entorno-Ajuste</p> <p>Teoría de la Gerotranscendencia</p>	Teorías Sociales

**Figura 18.** Teorías Biológicas, Psicológicas y Sociales del Envejecimiento. Fte.: Elaboración propia.

### 1.2.2.2. Teorías Biológicas del Envejecimiento

Las teorías biológicas del envejecimiento tratan de explicar el envejecimiento como un proceso biológico de cambios a nivel molecular, celular, de tejidos, órganos y finalmente el organismo, todo ello teniendo en consideración la dicotomía causa-efecto (Lange & Grossman, 2010; Miquel, 2006; Stuckelberger, 2008). Tal y como se ha indicado en el apartado anterior (ver el apartado 1.2.2.1.), Goldstein y Cassidy (2010) separaron las teorías biológicas del envejecimiento en 2 grupos:

- *Teorías Estocásticas*: consideran que una serie de variables exógenas, principalmente el genoma o factores ambientales, inciden aleatoriamente sobre el individuo, acumulándose y afectando a la homeostasis celular, dando lugar así al envejecimiento.
  - *Teoría del Uso y Desgaste*: esta teoría fue introducida por primera vez por August Weismann (1834-1914) en 1882. Haciendo un símil con los componentes de un coche, las partes del cuerpo se desgastan con el uso repetido del mismo (Jin, 2010; Weismann, 1882). De esta forma, la acumulación de daños en partes vitales y no reemplazables de la célula, producto del uso repetido, da lugar a la muerte celular (Pearl, 1928; Sitges, Bautista, & Lorente, 2018). Un claro ejemplo de ello es la incapacidad de la célula de reparar el ADN (ácido desoxirribonucleico) dañado (Lange & Grossman, 2010).
  - *Teoría del Entrecruzamiento*: la primera mención a esta teoría en el campo de la medicina fue en 1942 de la mano de Johan Bjorksten. Según pasan los años, se van dando más uniones entre grandes moléculas vitales, como por ejemplo proteínas o cadenas de ADN, formándose múltiples enredos. De esa forma el transporte intracelular se ve dificultado, siendo los procesos resultantes más lentos y menos seguros. Varios de los resultados son la pérdida de elasticidad, solubilidad y permeabilidad de las membranas, menor capacidad de hinchamiento celular y mayor resistencia a la degradación de macromoléculas como el ADN y proteínas, dándose así un aumento del peso molecular y finalmente una mayor tendencia a la fragmentación de las células (Bjorksten, 1942; 1968; Bjorksten & Tenhu, 1990; Viña & Borrás, 2020).

- *Teoría de Radicales Libres*: planteada por Denham Harman (1916-2014) en 1956. Esta teoría sugiere que los sistemas antioxidantes no pueden responder ante los radicales libres derivados del oxígeno durante la oxidación a lo largo toda la vida de la célula, por lo que esta es dañada y posteriormente se muere (Harman, 1956; Nohl, 1993; Viña et al., 2008). Los ácidos nucleicos (ADN y ARN o ácido ribonucleico), los lípidos, glúcidos y proteínas son especialmente susceptibles a los radicales libres (Jin, 2010; Lange & Grossman, 2010). Los radicales también se asocian a múltiples enfermedades degenerativas tales como la Enfermedad de Alzheimer (EA), arterioesclerosis, amiloidosis, etc. (Gaviria, 2007; Pardo-Andreu, 2003).
- *Teoría del Error Catastrófico*: según Leslie Orgel (1927-2007), primero en 1963 y posteriormente en 1970, con el paso de los años van surgiendo errores en la síntesis de proteínas, elaborándose así proteínas anormales. Estos errores se van acumulando, sintetizándose así nuevas proteínas alteradas, hasta el momento de una catástrofe en la homeostasis celular, dándose como resultado la muerte celular (Orgel, 1963; 1970). Esa teoría ha sido ampliamente debatida debido a la falta de evidencia del aumento de errores de proteínas relacionadas con la edad (Harley, Pollard, Chamberlain, Stanners, & Goldstein, 1980; Milholland, & Suh, & Vijg, 2017).
- *Teoría de Acumulación de Desechos*: Alfred Rupert Sheldrake confeccionó esta teoría en 1974, explicando que el envejecimiento celular puede ser producido por la acumulación de productos de desecho intracelulares resultantes de procesos oxidativos (colágeno, enzimas dañadas, etc.) y mitocondrias dañadas (Diggs, 2008a; Sheldrake, 1974). En la actualidad no hay evidencia en cuanto al daño que estos productos de desecho pueden provocar en el funcionamiento celular (Hirsch, 1986).
- *Teorías Genéticas*: entre las principales teorías estocásticas genéticas podemos encontrar las siguientes: la regulación genética, la diferenciación terminal y la inestabilidad del

genoma. Todas ellas tienen en común que atribuyen al entorno celular la culpa del daño aleatorio del ADN (Gaviria, 2007; Hernando, 2006; Pardo-Andreu, 2003; Sitges et al., 2018). En primer lugar, todas las especies poseen genes que parecen regular el ritmo del envejecimiento. La renovación se da al separar un linaje prístino de información genética (línea germinal), la cual se transmite por la reproducción sexual. Al mismo tiempo, el linaje somático va disminuyendo y degenerándose con el paso de los años, resultando en cambios fenotípicos que provocan el envejecimiento (Guarente & Kenyon, 2000). En segundo lugar, la activación de genes que codifican proteínas que inhiben la entrada en la fase S del ciclo celular (replicación o síntesis de ADN), podrían disminuir la capacidad proliferativa de la célula (López-Novoa & Rodríguez-Puyol, 1997). En tercer y último lugar, la inestabilidad en el ADN mitocondrial (ADNmt) puede dar lugar a la disfunción de la mitocondria y a un aumento del estrés oxidativo (Osiewacz, 1997).

- *Teoría de la Mutación Somática:* Esta teoría, introducida por Leó Szilárd (1998-1964) en 1959, reportaba que a lo largo de la vida las células recibían “golpes” (mutaciones somáticas) que inactivaban progresivamente los cromosomas, dando errores en la transmisión genética y en la codificación de proteínas (Milholland et al., 2017; Szilárd, 1959). La teoría ha envejecido bien con el paso del tiempo (Zetterberg, Bath, Zetterberg, Bernhardt, & Hammarsten, 2009), aunque actualmente se desconoce si el aumento de mutaciones somáticas dependiente de la edad es originado por agentes externos o internos, o por la menor capacidad de reparación del ADN propio de la edad (Rattan, 1989).
- *Teorías no Estocásticas o Deterministas:* definen el envejecimiento como un proceso innatamente (endógeno) programado mediante procesos codificados en el genoma del individuo.
  - *Teoría de la capacidad replicativa finita de las células:* también denominada “teoría del límite de Hayflick” o el “fenómeno Hayflick”. Esta teoría, presentada en el año 1961 por Hayflick y

Moorehead, promueve que el envejecimiento está genéticamente programado, pudiendo duplicarse las células, concretamente los fibroblastos, un número limitado de veces (senescencia replicativa) (Hayflick & Moorehead, 1961; Hayflick, 1965). Esta teoría ha sido ampliamente debatida, ya que mientras que unos autores confirman que la capacidad de las células se va reduciendo según se envejece (Martin, Spregue, & Epstein, 1970; Harley, Futcher, & Greider, 1990), otros, con el descubrimiento de la interleucina, reportan que el crecimiento celular es aparentemente ilimitado (Effros & Walford, 1984). Entre los defensores de la senescencia replicativa podemos destacar a Olovnikov, el cual declaró que después de cada replicación la célula pierde una pequeña cantidad de ADN debido a la incapacidad de la enzima ADN polimerasa (telomerasa) de replicar los extremos del cromosoma (telómeros), viéndose estos acortados con el tiempo y desembocando en el envejecimiento y posterior muerte de la célula (Harley, 1991; Olovnikov, 1971; 1973; Shay & Wright, 2019).

- o *Teoría del Reloj Genético/Biológico*: según Kloeden, Rössler y Rössler (1990), en la glándula pineal se sitúa un reloj centralizado que regula el proceso de envejecer. Según dicha glándula se va calcificando, la secreción de melatonina destinada a las células se ve afectada. El proceso neurodegenerativo del envejecimiento en el núcleo supraquiasmático (NSQ), lugar donde se sitúa el reloj circadiano, sufre una alteración en su funcionamiento, reduciéndose así la amplitud de la melatonina, y por lo tanto, alterándose todos los ritmos circadianos, como por ejemplo la temperatura (T), los niveles de cortisol, la frecuencia cardíaca (FC), la presión arterial (PA), etc. (Porth & Matfin, 2009; Swaab, Fliers, & Partiman, 1985; Skene & Swaab, 2003). Por otro lado, la *teoría del reloj epigenético*, establece que biomarcadores basados en la metilación del ADN (ADNm), han permitido estimar la edad de distintos tejidos, viéndose una progresión de desarrollo, mantenimiento y deterioro en el proceso de metilación del ADN con el transcurso de la vida (Horvath & Raj, 2018).

- *Teoría Neuroendocrina:* esta teoría, promulgada por Dilman y Dean en 1992, se fundamenta principalmente en el fracaso de los mecanismos de la homeostasis, respuestas patológicas del organismo y disminución de funciones fisiológicas fruto de la reducción de secreción hormonal del eje hipotálamo-hipofisario (Crespo, 2006; Diggs, 2008b; Dilman & Dean, 1992). Varios ejemplos son una menor secreción de esteroides sexuales y la hormona de crecimiento (GH), que propician una pérdida de masa muscular y una pérdida en la capacidad de reparación. El aumento de la secreción de cortisol podría tener efectos catabólicos, pudiendo dar lugar a problemas de salud como la osteoporosis, aumento de la PA o reducción de la capacidad del sistema inmune. El descenso de la melatonina también puede afectar a la coordinación adaptativa del cuerpo (Diggs, 2008b; Lange & Grossman, 2010; Björntorp, 1995).
  
- *Teoría Inmunológica:* Roy L. Walford (1924-2004) presentó esta teoría en el año 1964, mediante la cual estima que el sistema inmunológico de las personas se va deteriorando con el tiempo, dando como resultados respuestas inmunológicas insuficientes ante distintas afecciones, ya sean infecciosas o no, y una mayor respuesta autoinmune (Fulop, Witkowski, Pawelec, Alan, & Larbi, 2014; Walford, 1964). De acuerdo con lo reportado por Hayflick y Moorehead (1961), y Hayflick, (1965) en el campo de los fibroblastos, los linfocitos T (inmunidad adaptativa) también poseen una capacidad limitada de replicación (senescencia celular) (Effros et al., 1994; Effros, 2004). Por otra parte, otros factores que pueden contribuir a la inmunosenescencia de los linfocitos T son defectos de las células madre, degeneración del timo, defectos en la presentación de células presentadoras de antígenos (APC), activación interrumpida de vías de células inmunes, etc. (Aspinall & Andrew, 2000; Pawelec, Remarque, Barnett, & Solana, 1998). La inmunidad innata, es decir, los granulocitos, macrófagos y las células “natural killer” (NK) es menos susceptible a los efectos del envejecimiento que la inmunidad adaptativa (linfocitos T y B) (Linton & Thoman, 2001).

### 1.2.2.3. Teorías Psicológicas del Envejecimiento

Tal y como sucede con las teorías biológicas del envejecimiento, actualmente no existe una teoría universal para explicar el desarrollo psicológico de las personas hasta la vejez (Baltes, Rudolph, & Bal, 2012; Blazer, 2010). Las teorías psicológicas, por lo general, abarcan la dimensión cognitiva, el aprendizaje, la personalidad, la conducta, las actitudes, las emociones etc., todo ello, considerando la capacidad de adaptación del individuo al propio proceso de envejecimiento y a su entorno (Alvarado, 2014; Lange & Grossman, 2010; Porock & Walker, 2013). Entre las teorías psicológicas más reseñables, las cuales serán descritas en este apartado, podemos encontrar las siguientes: teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, teoría individualista de Jung y desarrollo de tareas y vejez de Pek.

- *Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson:* Erik H. Erikson (1902-1994) confeccionó esta teoría la cual distribuía el ciclo vital en 8 etapas según las etapas del desarrollo psicosocial (Erikson, 1963; 1968; Munley, 1977). Estas etapas eran una reinterpretación de las fases psicosexuales elaboradas por Sigmund Freud, añadiendo a estas 3 nuevas etapas, entre las que se incluye la vejez. Además, priorizó la interacción de la persona con su entorno (familia y cultura) por encima de los impulsos sexuales al contrario que Freud, otorgando así a la persona un enfoque más psicosocial en lugar de biológico (Berger, 2007; Berzoff, 2016; Bordignon, 2005; Cloninger, 2002; Hamachek, 1988). A continuación, se presentan las fases de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, caracterizándose cada una por una crisis psicosocial específica (Berger, 2007; Berzoff, 2016; Hamachek, 1988; Widick, Parker, & Knefelkamp, 1978):
  - *Infancia (0 a 12-18 meses) / confianza vs desconfianza:* los niños confían o desconfían principalmente de sus cuidadores, los cuales cubren sus necesidades básicas. Equivaldría a la *etapa oral* de Freud.
  - *Niñez Temprana (2 a 3 años) / autonomía vs vergüenza/duda:* comienzo del aprendizaje de la autonomía física tal como comer, control de esfínteres, caminar, etc. La autoconfianza o la pérdida del autocontrol pueden ser el producto de esta etapa. Correspondería a la *etapa anal* de Freud.

- *Edad del Juego (3 a 6 años) / iniciativa vs culpa*: comienzo de la ejecución de actividades adultas con posible temor a los límites impuestos por sus progenitores. Esta etapa representaría a la *etapa fálica* de Freud.
- *Edad Escolar (6 a 11 años) / laboriosidad vs inferioridad*: el resultado cobra importancia. Los niños/as desarrollan competencias y tratan de ser productivos a la hora de adquirir nuevas habilidades. Cuando no logran dichas metas pueden sentirse inseguros. Equivale a la *etapa psicosexual* de latencia de Freud.
- *Adolescencia / identidad vs confusión*: Erikson establece la *crisis de identidad* en esta etapa. El adolescente trata de “saber quién es” y buscar sentido a su identidad. Al no cumplir con sus objetivos el/la adolescente puede sentirse confuso. El resto de etapas del desarrollo psicosocial de Erikson son equivalentes a la *etapa genital* de Freud, las cuales se desarrollan a lo largo de la edad adulta.
- *Juventud / intimidad vs aislamiento*: una vez establecida la identidad del individuo, este/a trata de buscar el compañerismo o el amor romántico (intimidad psicológica). El aislamiento, por el contrario, puede ser el resultado del temor al rechazo.
- *Adulthood / generatividad vs estancamiento*: interacción de los sujetos de mediana edad con la siguiente generación con el fin de guiarla. La generatividad dota al adulto de un sitio en el ciclo generacional de la vida. Al no lograr este cometido, el individuo se siente estancado.
- *Vejez/Madurez / integridad vs desesperación*: la persona echa una mirada atrás en su vida buscando significado a la misma. El cumplimiento de metas de las etapas anteriores dará integridad al individuo (aceptación). Por el contrario, las metas previas no alcanzadas darán lugar a la desesperación, dándose una pérdida del significado de la propia vida.
- *Teoría Individualista de Jung*: Carl G. Jung (1875-1961) definió la psique en 3 partes: la conciencia (exterior) y el inconsciente personal y

colectivo (interior). El “yo” se sitúa entre la conciencia y el inconsciente personal (Alonso-González, 2004). Según Jung (1933) y Jung y von Franz (1964), cuando la personalidad se orienta al exterior se da la extroversión y al interior la introversión. Después de edades tempranas y la mediana edad, mayoritariamente orientadas a la extroversión, la persona comienza a tornarse hacia su interior y hacia la preocupación por el “yo” (introversión). Las personas mayores hacen una introspección de sí mismas, reflexionando sobre el cumplimiento de metas en etapas anteriores (infancia, edad temprana, mediana edad y vejez) cuestionándose el sentido de la vida (Alonso-González, 2004; Bozarth, Barry, Myers, & Heyn, 1985; Lange & Grossman, 2010; Meiner, 2014). Esta fase de introversión coincide con la etapa de la vejez descrita por Erikson anteriormente. El envejecimiento exitoso se da cuando la persona se ve a sí misma por encima del deterioro y las pérdidas, aceptando su pasado y sus limitaciones actuales (Jung, 1960).

- *Desarrollo de Tareas y Vejez de Peck*: Robert F. Peck incorporó a la *etapa de la vejez* de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson 3 crisis psicosociales o tareas, entre las que podemos encontrar: la diferenciación del ego vs preocupación laboral, la transcendencia del cuerpo vs preocupación sobre el cuerpo y la transcendencia el ego vs preocupación sobre el ego (Izquierdo, 2006; Martin et al., 2015; Peck, 1956; 1968; Tornstam, 1994; Stevens, 2006).
  - *Diferenciación del ego vs preocupación laboral*: las personas mayores se tienen que ajustar a su rol tras el retiro laboral, haciendo una autovaloración de sí mismas mediante actividades que no dependan de su anterior vida laboral. La diferenciación del ego es producto de la solvencia de esta crisis de manera saludable. Las personas que han forjado su personalidad en torno a su rol laboral presentarán más dificultades para la resolución de esta crisis.
  - *Transcendencia del cuerpo vs preocupación sobre el cuerpo*: en la vejez, las personas ven como su cuerpo va cambiando, dándose en esta etapas problemas tales como limitaciones físicas y otras pérdidas, aumentando esto la preocupación de las personas mayores sobre su cuerpo y afectando en su día a día,

pudiendo esto tener consecuencias en sus metas. La transcendencia del cuerpo se da cuando se superan esas limitaciones físicas y se empoderan otros aspectos como pueden ser las relaciones interpersonales, la situación cognitiva y afectiva, etc.

- o *Transcendencia del ego vs preocupación por el ego*: la vejez es la etapa más cercana a la muerte y el temor a esta segunda es frecuente en personas mayores (preocupación por el ego). La transcendencia del ego es descrita como una aceptación de la propia muerte y una anticipación positiva a la misma, mediante la aportación de un legado en forma de descendencia, material, cultural, etc.

Al mismo tiempo, Peck también integró 4 fases a la *etapa adulta* de Erikson, entre las cuales se encuentran: preferencia de sabiduría vs fuerza física, socialización vs sexualización en las relaciones humanas, flexibilidad emotiva vs empobrecimiento emotivo y flexibilidad mental vs rigidez mental (Izquierdo, 2005; Stevens, 2006).

#### 1.2.2.4. Teorías Sociales del Envejecimiento

En las últimas décadas, con el envejecimiento demográfico de la población, múltiples autores han tratado de estudiar la influencia de factores sociales en el proceso de envejecimiento, siendo un claro ejemplo de ese interés por la dimensión social del envejecimiento el aumento de la visibilidad del colectivo de personas mayores en sociedades occidentales (Franzese, 2016; Fry, 1992). Las teorías sociales del envejecimiento, por ende, tratan de analizar la relación de la persona mayor con la sociedad que les rodea, incluyendo al mismo tiempo los cambios de rol y la adaptación de la misma a su entorno. Contribuyen a esto los factores sociales y culturales que afectan al envejecimiento (Lange & Grossman, 2010; Meiner, 2014; Mishara & Riegel, 2000; Porock & Walker, 2013; Putnam, 2002; Sitges et al., 2018). He aquí varias de las principales teorías sociales del envejecimiento: teoría de la de la desvinculación, de la actualidad, de la continuidad, de la estratificación por edades, de la subcultura, del ajuste persona-entorno y gerotranscendencia.

- *Teoría de la Desvinculación*: según Cumming y Henry (1961), la persona, cuando alcanza la vejez, se va retirando progresivamente de la

sociedad, estando de esta forma más aisladas y perdiendo sus relaciones sociales e interés por la realización de diversas actividades. Esta teoría también afirma que la desvinculación de la persona mayor con su entorno es natural, deseada y beneficiosa tanto para la persona mayor como para la sociedad, contribuyendo así al equilibrio social (Lange & Grossman, 2010; Mishara & Riegel, 2000; Sitges et al., 2018). La teoría de la desvinculación, debatida ampliamente en la actualidad, presenta varias limitaciones, siendo la principal la referente a los beneficios de la desvinculación social, concepto que forma parte del cuerpo de creencias propio del edadismo (Menéndez, Cuevas, Pérez, & Lorence, 2016). La soledad y el aislamiento social se han asociado significativamente con una mayor mortalidad por todas las causas, peor salud cardiovascular y una salud mental más pobre (Courtin & Knapp, 2015; Leigh-Hunt et al., 2017; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013). Referente a la actividad física, un metaanálisis reciente indicó que las personas mayores físicamente activas tienen un menor riesgo de mortalidad por todas las causas, de padecer cáncer de próstata y mama, fracturas, caídas recurrentes, dependencia y limitación funcional, deterioro cognitivo, demencia, EA, depresión, etc., incluyendo una mejor calidad de vida y mejor rendimiento cognitivo (Cunningham, O'Sullivan, Caserotti, & Tully, 2020). El tiempo de participación de actividades sociales y el tiempo con amigos han resultado predecir un aumento en la supervivencia de las personas mayores (Maier & Klumb, 2005).

- *Teoría de la Actividad:* para que las personas tengan un envejecimiento exitoso deben mantenerse activas (Havighurts, 1963; Havighurts, Neugarter, & Tobin, 1963). Esta teoría afirma que la actividad es fundamental para reafirmar el auto-concepto de la persona en esta etapa de la vida, el cual se ve severamente afectado tras la pérdida del rol laboral o jubilación (Fry, 1992; Porock & Walker, 2013). El envejecimiento activo, definido en 2002 por la OMS como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2015), es un concepto que difiere notablemente del concepto “*envejecimiento exitoso*”, ya que el primero principalmente posee un enfoque holístico y orientado a la vida (Foster & Walker, 2015). El envejecimiento exitoso, a su vez, desarrollado también por Havighurst

(1961), fue descrito principalmente en términos de “felicidad y satisfacción vital” (Petretto, Pili, Gaviano, Matos, & Zuddas, 2016). Los programas de envejecimiento activo han logrado beneficios y mejoras a múltiples niveles en personas mayores: en la dimensión física/funcional con menor riesgo de caídas, mayor flexibilidad y equilibrio y, mejor estado nutricional; en la dimensión mental con mejoras en el rendimiento cognitivo y mayor equilibrio emocional; aumento de las relaciones sociales; y en la calidad de vida, mejoras en la salud, la funcionalidad, estado social y económico, etc. (Caprara et al., 2013; Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino, 2015). Tras la aplicación de un programa de envejecimiento activo en otro estudio, las personas mayores que participaban reportaron una mayor participación en actividades culturales, artísticas e intelectuales, una percepción del envejecimiento más positiva, una mayor satisfacción en las relaciones sociales y una mayor autoeficacia (Mendoza-Ruvalcaba & Fernández-Ballesteros, 2016).

El envejecimiento activo, pues, se presenta como la antítesis de la discriminación por edad (Minichiello, Brown, & Kendig, 2000; Walker, 2002). Un buen ejemplo de ello es la efectividad de múltiples intervenciones educativas y de contacto intergeneracional a la hora de mejorar la percepción y las actitudes hacia el envejecimiento (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015). Otro ejemplo es el del El ESTUDIO III del presente trabajo, el cual a través de una intervención educativa combinada con un visionado de videos busca mejorar la percepción del envejecimiento de personas mayores que viven en su hogar y acuden a centros sociales, logrando finalmente dicho objetivo. A su vez, la discriminación por edad percibida representa un predictor negativo de envejecimiento activo, por lo que el abordaje del edadismo se antoja como un factor prioritario si se quiere garantizar que las personas mayores se puedan beneficiar de las bondades de un proceso activo de envejecer (Fernández-Ballesteros, Olmos, Santacreu, Bustillos, & Molina, 2017a), y más cuando la percepción positiva del propio envejecimiento se asocia a una mayor longevidad (Benyamini & Burns, 2019; Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002a) y a una mejor calidad de vida (Ingrand, Paccalin, Liuu, Gil, & Ingrand, 2018).

- *Teoría de la Continuidad:* al contrario de las 2 teorías anteriores (actividad y desvinculación), la teoría de la continuidad (Rosow, 1963) defiende que la persona copia sus patrones de comportamientos adquiridos a lo largo de su vida, estando la adaptación al entorno sujeta a la personalidad, las habilidades y estilos de vida desarrolladas hasta el momento (Fry, 1992; Meiner, 2014; Sitges et al., 2018). Esta teoría también toma en su seno la persistencia del comportamientos y hábitos de anteriores etapas del ciclo vital (Bazo & Maiztegui, 2014). Uno de los estereotipos negativos del envejecimiento más notable es el de la rigidez e inflexibilidad de las personas mayores. A pesar de que la personalidad se pueda mantener estable con el paso del tiempo, las personas pueden modificarlas en aras de adaptarse al entorno y a nuevas situaciones que puedan influir sobre ellos (jubilación, la partida del hogar de sus hijos, la viudedad, etc.) (Palmore, 1977; Portal Mayores, 2012).
- *Teoría de la Subcultura:* el aumento del número de personas mayores en la sociedad occidental ha permitido observar como, fruto de la interacción entre ellas, forman subgrupos o comunidades con un estilo de vida, ideas, valores, actividades, creencias, comportamientos y preferencias distintivas (subcultura) (Rose, 1962). La formación de esta subcultura, en primera instancia, es una respuesta a la pérdida de status producto de la vejez, tratando de aumentar la conciencia como grupo de las personas mayores para poder aumentar su influencia política y la acción social (Devereaux, 2005; Hooyman & Asuman, 2008; Klimczuk, 2016; Miller, 2009). La discriminación por edad o edadismo, aparte de contribuir a esa pérdida de status de las personas mayores, también las excluye de la participación social con otros grupos de edad, potenciando, eso sí, la conciencia como grupo. Unido a esto, el edadismo también afecta al autoconcepto de las personas mayores, a su orgullo grupal y a sus aspiraciones políticas (Moberg, 2012; Postle, Wright, & Bereford, 2005). Cabe destacar también que la teoría de la subcultura ha contribuido a la creación de residencias, comunidades de jubilados, clubs de mayores y asociaciones de ocio, contando con el apoyo de infraestructuras de servicio, productos para personas mayores y los medios de comunicación (Klimczuk, 2016).
- *Teoría de la Estratificación por Edades:* Riley, Johnson y Foner (1972) confeccionaron esta teoría mediante la cual expresaron que las personas

son agrupadas en distintos grupos según su edad, afectando esto a la percepción que la sociedad tiene de ellos y a los roles que estos juegan en la sociedad, viéndose estos grupos influenciados por el contexto sociocultural vivido y pudiendo variar a lo largo de generaciones, aceptando que las personas nacidas en años cercanos envejecen de la misma forma (Bazo & Maiztegui, 2014; Lange & Grossman, 2010; Meiner, 2014; Putnam, 2002). A pesar de la amplia difusión de la creencia de que el envejecimiento es similar para todas las personas y que las personas mayores son un grupo homogéneo, la cual no es más que un estereotipo negativo del envejecimiento (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología [SEGG], 2020a), múltiples trabajos rechazan dicha idea, declarando que el colectivo de personas mayores, además de ser heterogéneo, cada individuo vive su envejecimiento de distinta manera, considerando la edad cronológica un marcador pobre para definir el impacto del envejecimiento de la salud del individuo (Lowsky, Olshansky, Bhattacharya, & Goldman, 2014; Mitnitski, Howlett, & Rockwood, 2017).

- *Teoría del Ajuste Persona-Entorno*: esta teoría tiene como pilar principal la interacción entre las competencias personales y el entorno del individuo, respondiendo también al nombre de teoría ecológica del envejecimiento (Lawton & Nahemow, 1973; Lawton, 1982). Entre los factores que forman parte de las competencias personales y que en su conjunto contribuyen a la habilidad funcional de la persona, se encuentran: la fuerza del ego, aspectos motores, la salud biológica, la capacidad cognitiva y las capacidades sensoriales-perceptuales. El entorno, por su parte, es presentado en términos de despertar una respuesta conductual en la persona, adaptándose esta al mismo según las sus demandas (Aldwin & Igarashi, 2012; Devereaux, 2005; Miller, 2009; Weil, 2017).
- *Teoría de la Gerotranscendencia*: enfocada en la misma persona mayor y en el proceso de envejecer, principalmente con un enfoque positivo, Tornstam (1989) definió el envejecimiento como un proceso de desarrollo natural hacia la madurez y la sabiduría, haciendo énfasis en una perspectiva más cósmica y trascendente sobre una materialista y racional, y de la comunión entre el espíritu y el universo, que desemboca

en la satisfacción con la vida (Dulcey-Ruiz, 2016; Pardo, 2014; Rajani & Jawaid, 2015; Wadensten, 2007).

Esta teoría del envejecimiento comparte características con el denominado edadismo positivo (Palmore, 1999) (ver el apartado 1.4.1.4.). Esta variante del edadismo, la cual está fuertemente influenciada por la concepción platónica del envejecimiento, atribuye una serie de características positivas a las personas mayores (estereotipos positivos) que no se adaptan a la realidad de las personas mayores y que impulsan comportamientos paternalistas.

### **1.3. LA GERIATRÍA Y LAS PERSONAS MAYORES**

#### **1.3.1. Marco histórico de la Geriátría**

La Geriátría, que nace de la combinación de las palabras en griego “*geras*” (vejez) y “*iatrikos*” (médico), es una especialidad médica cuyos orígenes datan de comienzos del siglo XX. Concretamente, en 1909, Ignacius L. Nascher (1863-1944), médico austriaco que posteriormente obtuvo la nacionalidad estadounidense, tras su estancia como estudiante en unidades de crónicos en un hospital de New York, destacó la necesidad de médicos especializados en pacientes mayores, haciendo una equiparación de esa necesidad con la pediatría para la infancia. Nascher también desafió el modelo patológico de la vejez promulgado desde los tiempos de Aristóteles, definiendo el envejecimiento como un proceso fisiológico como lo es la infancia (Cohen, 2014; Nascher, 1909).

A pesar de los avances de Nascher, no fue hasta 1935 que Marjorie W. Warren (1887-1960) creó el primer Servicio de Geriátría en el West Middlesex Hospital en Londres (Barton, 2003; Denham, 2011; Matthews, 1984). Warren, médica la cual es considerada la madre de la Geriátría moderna, denunció el cuidado inadecuado, la atención insuficiente y el tratamiento limitado que las personas mayores con problemas crónicos recibían en el Reino Unido, logrando en 1946 la creación de la Especialidad en Geriátría por parte del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (Llera, 2001; Warren, 1946).

La creación de la Especialidad en Geriátría vino sucedida por la fundación de múltiples sociedades científicas que promocionaron la difusión y desarrollo de esta especialidad médica, entre las que destacan la British Geriatrics Society (BGS) en 1947 en el Reino Unido (Howell, 1974), la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) en 1948 en Madrid (SEGG, n.d.) y la International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) en 1950 en Bélgica (Ribera-Casado, 2001).

En 1974, la OMS elaboró en Ginebra el primer informe técnico sobre “Organización y Planificación de Servicios Geriátricos”, destacando en dicho documento las siguientes recomendaciones (OMS, 1974; Robles, Miralles, Llorach, & Cervera, 2007):

- Reajuste y readaptación de los servicios existentes durante el periodo de transición, estableciendo un mecanismo eficaz para asegurar la cooperación y la coordinación estrechas entre los distintos programas.
- Esfuerzo por alcanzar el objetivo a largo plazo de establecer nuevos sistemas de prestación de los servicios geriátricos.

- Organizar programas especiales de asistencia odontológica. Todo el personal sanitario que trabaje en servicios geriátricos ha de recibir formación básica sencilla acerca de los cuidados ordinarios para mantener diariamente la salud oral.
- Programas de asesoramiento en vísperas de la jubilación, así como los destinados a asegurar el nivel de los ingresos de las personas ya jubiladas.
- En los planes de seguridad social y en los de salud pública destinados a la prestación de asistencia médica, se debe incluir siempre un servicio geriátrico.
- En su planificación a medio y a largo plazo los países en desarrollo deben reservar un lugar para los servicios geriátricos.

Si bien las especialidades médicas fueron reconocidas por primera vez en España en 1955, no fue hasta 1978 que la Geriátría fue reconocida en nuestro país. La Ley de Especialidades Médicas de 20 de julio de 1955 reconocía 33 especialidades médicas, entre las cuales no se incluía a la Geriátría. Mediante esa ley, los médicos especialistas adquirirían por primera vez el título oficial de especialistas al acabar con su formación, aunque al no incluir los criterios de inclusión de la formación, la calidad de la misma quedaba en entredicho (Ley de Especialidades Médicas, 1955). Sin embargo, en 1978, el Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio sí reconoció la especialidad de Geriátría junto con otras 52 especialidades médicas (Real Decreto 2015/1978 de 15 de Julio, 1978). Ese mismo año también se creó de la Comisión Nacional de Geriátría (CNG) y la acreditación de la primera Unidad Docente en Geriátría en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (Guillén-Llera, 2003; Jiménez-Herrero, 2003).

Otro acontecimiento importante en la historia de la Geriátría fue la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en 1982, que tuvo como principales recomendaciones las siguientes: desarrollar al máximo los servicios sanitarios a nivel ambulatorio y hospitalario, teniendo en cuenta las necesidades de las personas mayores, y aportando la infraestructura y personal necesarios para una asistencia integral y completa (1); y la estimulación por parte de los gobiernos de instituciones especializadas en la docencia de la geriatría y la gerontología (2) (Guillén-Llera, 2003; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1982; Robles et al., 2007).

En 1984 se incorporaron los 2 primeros especialistas en Geriátría en formación MIR gracias al Real Decreto 127/1984 (1984) y 3 años más tarde, en 1987, a partir del Real Decreto 992/1987 (1987), la Enfermería Geriátrica es presentada como una de las 8

especialidades de Enfermería. La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) es fundada ese mismo año (García-Hernández, 2004). A comienzo de la década de los 2000, fue publicado el Real Decreto 450/2005 (2005), el cual instaura el EIR (Enfermero Interno Residente), reduciendo las especialidades aplicadas en el Real Decreto 450/2005 de 8 a 7, manteniendo en dichas especialidades la de Enfermería Geriátrica.

Por último, en el año 2002, como respuesta al progresivo envejecimiento demográfico, la ONU volvió a convocar una asamblea nueva sobre el envejecimiento, la denominada II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, pero en este caso en Madrid. Para el abordaje de la temática planteada para esta asamblea, es decir, el crecimiento exponencial de los grupos de edad más mayores, el plan de acción de esta asamblea centró todas sus recomendaciones en los siguientes 3 epígrafes: integración del envejecimiento y sus consecuencias en planes de desarrollo y estrategias para acabar con la pobreza, incluyendo también la participación social activa y la sostenibilidad de los sistemas de protección social (1), priorización de la calidad de vida sobre la cantidad, apostando por el envejecimiento activo, la autonomía y capacidad funcional de las personas mayores dentro de sus posibilidades (2); y posibilitar la inclusión social, potenciar las relaciones intergeneracionales, apoyo a familias u otras personas e instituciones encargadas del cuidado de personas mayores, y finalmente, promocionar ciudades amigables y adaptadas a las necesidades de personas de todas las edades (3) (Fernández-Fernández, 2002; ONU, 2002; 2003).

En el ámbito territorial vasco, en 1999, surge Zahartzaroa, también llamada Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología, la cual promueve valores y conceptos como la atención centrada en la persona, el reconocimiento y desarrollo de la Geriátría y la Gerontología, la participación social, la interdisciplinariedad en el abordaje de las personas mayores, la innovación, la docencia y difusión del conocimiento, y la colaboración entre instituciones (Zahartzaroa, 2018).

A su vez, la atención sociosanitaria en la CAPV ha ido evolucionando constantemente, alcanzando su punto álgido en los últimos años. En 1996, se firmaron los primeros acuerdos marcos para la cobertura de las necesidades sociosanitarias entre el Departamento de Salud, Osakidetza y los Departamentos de Servicios Sociales de las Diputaciones Forales de los 3 territorios: Bizkaia, Gipuzkoa y Alava. Este marco se vio respaldado años más tarde, concretamente en el 2003, con el acuerdo autonómico de colaboración entre instituciones para el desarrollo de la atención sociosanitaria en Euskadi, formando parte de este movimiento el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales

y la Asociación de Municipios Vascos (EUDEL). El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria aprobó en 2005 el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, viéndose sucedido este por el Documento Marco para elaborar las Directrices de la Atención Sociosanitaria en la CAPV en 2011 y posteriormente, en 2013, por las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. En la actualidad, las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2007-2020 (PEAS 2017-20) impulsadas por el Departamento de Salud y Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco (2018) están vigentes, teniendo estas una misión clara: “el desarrollo de un modelo de atención sociosanitaria efectivo, coordinado y sostenible centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital” (Figura 19).



**Figura 19.** Evolución normativa de la atención sociosanitaria en Euskadi. Fte.: Departamento de Salud y Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco (2018)

### **1.3.2. Contextualización y principios de la Geriatría**

#### **1.3.2.1. Definición de la Geriatría**

Antes de contextualizar la Geriatría, especialidad médica que forma parte de la Gerontología Clínica (Millán, 2006), es indispensable definir el concepto de la Gerontología, el cual engloba múltiples disciplinas que estudian el proceso de envejecer y a las personas mayores. La Gerontología fue definida en primera instancia por Elie Metchnikoff (1845-1916) en su obra “*Etudes sur la nature humaine: essai de philosophie optimiste*”, siendo definida como “estudio científico del envejecimiento en toda su extensión y desde distintas perspectivas, no solo en aspectos meramente biológicos” (Achenbaum & Levin, 1989; Metchnikoff, 1903; Ribera-Casado, 2017). Esta definición primigenia de la Gerontología, refleja claramente el espíritu interdisciplinar del que hará gala esta disciplina con el paso de los años.

Según el anteriormente citado Nascher, el cual introdujo el término de Geriátría, esta surge en aras de “dar respuesta a las necesidades del adulto anciano del mismo modo que la Pediatría hace lo propio con los niños, desvirtuando la senilidad y las enfermedades como algo exclusivo de la vejez y asignándole a esta un lugar dentro la Medicina” (Mateos, 2018; Nascher, 1909).

La BGS (2005) definió la Geriátría como “esa rama de la medicina interna que se ocupa de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades específicas de la vejez”). Si bien esta definición alude a una concepción del envejecimiento meramente biológica, otras definiciones previas a esta describieron a la Geriátría desde un punto de vista integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento. Un claro ejemplo de ello es la definición dada por la CNG en 1978, que tras la publicación del Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio, el mismo que ya aceptaba la Geriátría como una especialidad médica, desvincula la Geriátría de la Medicina Interna, dándole a la primera un carácter claramente multidimensional, entendiendo la misma como la “rama de la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud y enfermedad en los ancianos” (Guillén-Llera, 2001; Robles et al., 2007). Esta última definición fue respaldada por la Orden SCO/2603/2008, ley que aprobó y publicó el programa formativo de la especialidad de Geriátría (Orden SCO/2603/2008, 2008).

#### 1.3.2.2. Objetivos de la Geriátría

La Orden SCO/2603/2008 (2008) sugiere que las políticas de envejecimiento en Europa y España, ubicadas bajo el lema “hacia una Europa para todas las edades”, están enfocadas en la integración social de las personas mayores a través de la optimización de la salud y la prevención de la enfermedad, destacando también principios como la equidad en el acceso y la calidad asistencial de las personas mayores. Esta ley también establece los principales objetivos que la Geriátría persigue en España, entre los que están:

- Desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, enfocado a asistir a las alteraciones y problemas médico-sociales de las personas mayores, los cuales pueden traducirse en la pérdida de su independencia física o social.
- Movilización de todos los recursos para posibilitar la integración social del mayor número de personas mayores posibles.

- Organización de una asistencia prolongada a las personas mayores que la requieran.
- Investigación, docencia y formación continuada de especialistas y personal relacionado con la Geriatría.

### 1.3.2.3. Los 3 pilares básicos de la Geriatría: valoración geriátrica integral (VGI), trabajo interdisciplinar y atención en distintos niveles asistenciales

La Geriatría dispone de múltiples aspectos que la distinguen de otras especialidades médicas. Los principales fundamentos sobre los que se sustenta la Geriatría, hacen de esta especialidad de la medicina una disciplina cada vez más alejada del enfoque biomédico predominante en las últimas décadas, dotando a las personas mayores de una dimensión biológica, psicológica y social, traducándose esto en las principales premisas del modelo biopsicosocial planteado por Engel (1977). La Geriatría también hace gala del enfoque interdisciplinar en la anamnesis y asistencia de la persona, tal como promulgaba Engel años antes con su modelo, acatando también conceptos como la prevención y promoción de la salud, el papel activo del paciente en la relación médico-paciente, la importancia de entrevista, y la más destacable de todas, un proceso asistencial fundamentado en la identificación del problema, la planificación integral y la intervención. En resumen, los 3 pilares básicos sobre los que se construye la especialidad médica de la Geriatría son la VGI, el trabajo interdisciplinar y la atención en distintos niveles asistenciales (Orden SCO/2603/2008, 2008; Robles et al., 2007; Romero-Rizos, Abizanda-Soler, & Luengo-Márquez, 2014). A continuación, serán descritos cada uno de los pilares anteriormente citados.

*Valoración Geriátrica Integral (VGI):* Rubenstein (1987) definió por primera vez la VGI como “un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que busca identificar y medir problemas de salud, capacidades funcionales y psicosociales, con el objetivo de establecer un plan terapéutico global, optimizar la utilización de recursos asistenciales y garantizar la continuidad de cuidados largo plazo”. Esta herramienta diagnóstica, además de ser una piedra angular en el proceso asistencial de la persona mayor (Pérez & Mateos, 2011; Sanjoaquín, Fernández, Mesa, & García-Arilla, 2007), representa uno de los principales distintivos metodológicos del presente trabajo a la hora de estudiar el edadismo o discriminación por edad, por lo que será abordado más adelante en este apartado (ver el apartado 1.3.3.).

#### 1.3.2.3.1. Trabajo interdisciplinar

La formación de equipos interdisciplinarios es mencionada en la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (Herrera-Carranza, 2005; Ley 44/2003, 2003):

- El *artículo 4*, concretamente en sus puntos *7d* y *7e*, explica los principios generales del ejercicio de profesiones sanitarias. Mientras que el primero atribuye la continuidad asistencial a distintos profesionales y especialistas, ya sean de un mismo centro o de distintas instancias, siendo necesarios procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para garantizar la asistencia; el segundo, sugiere que los equipos de salud han de considerar progresivamente la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad en el ámbito asistencial.
- El *artículo 9*, referente a la relación entre profesionales y el equipo de salud, específicamente en sus *2 primeros puntos* presenta los siguientes principios: la atención sanitaria integral es fruto de la cooperación multidisciplinaria, la integración de procesos y la continuidad asistencial, evitando el fraccionamiento o la superposición entre profesionales (1); el equipo sanitario representa la unidad básica asistencial que puede conformarse de manera uniprofesional, multiprofesional e interdisciplinar, tratando de efectuar de manera efectiva y eficiente sus labores (2).

Al mencionar términos multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, es inevitable que emanen confusión en el lector dada la similitud en la nomenclatura de ambos términos. Aun así, un equipo multidisciplinar y un equipo interdisciplinar difieren en gran variedad de aspectos. Según Campbell y Cole (1987) el equipo multidisciplinar es “un grupo que trabaja de manera independiente y que interactúan entre sí de manera formal, actuando cada profesional de manera aislada y con escasa comunicación entre los miembros del mismo”, mientras que en el equipo interdisciplinar, en palabras de Satin (1994), “los profesionales actúan de manera interdependiente para lograr el mismo objetivo, interactuando tanto formalmente como informalmente. Las actuaciones pueden darse de manera separada, pero siempre son reportadas, tratando los problemas de manera sistemática con los otros miembros del equipo, generalmente en las reuniones de equipo”. Una vez distinguidas las principales diferencias entre ambos tipos de equipos, cabe destacar que la Geriátría se decanta por la interdisciplinariedad por

encima de la multidisciplinariedad (Wieland, Kramer, Waite, & Rubenstein, 1996). La preferencia en el ámbito geriátrico por el equipo de salud interdisciplinar viene dado por los múltiples beneficios y ventajas que esta modalidad otorga tanto al paciente como al equipo de salud:

- A nivel de atención primaria (AP), un estudio reportó que las personas mayores sometidas a una evaluación y abordaje por parte de un equipo interdisciplinar mostraron mejoras al de 2 años en su percepción de la salud, menor número de visitas clínicas, mayores mejoras en las AIVD y en la actividad social, menos síntomas depresivos, mayor bienestar general, mayor satisfacción con la vida y mejores puntuaciones en el mini-mental state examination (MMSE) que las personas que fueron asistidas convencionalmente (Burns, Nichols, Martindale-Adams, & Graney, 2000).
- Goldsmith, Wittenberg-Lyles, Rodríguez y Sánchez-Reilly (2009) recogieron en su estudio múltiples ventajas producto de la intervención de distintos equipos interdisciplinarios en el campo de la Geriátría y los Cuidados Paliativos. La labor de equipos interdisciplinarios en Geriátría benefició tanto a los sistemas de atención médica como a los cuidadores, preparando al mismo tiempo a los profesionales de Geriátría para una mejor asistencia de las personas mayores (Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group, 2006). Entre las mejoras más destacables en Cuidados Paliativos, destacan la mejora en el tiempo en el hogar, la satisfacción del paciente y familia, el control de síntomas, la menor estancia en días en el hospital, la reducción de costos y el aumento de probabilidad de que el paciente fallezca en el lugar deseado (Hearn & Higginson, 1998).
- En el ámbito de la rehabilitación, el trabajo del equipo interdisciplinar se ha visto traducido en mejores resultados en el trabajo en equipo y mayor efectividad del mismo, sobre todo en la rehabilitación somática (frente a la psicósomática) que el trabajo del equipo multidisciplinar (Körner, 2010).

Otra diferencia evidente entre los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios es el tipo de liderazgo. El liderazgo en el equipo interdisciplinar es compartido. La figura del líder, por lo general, está bien definida. A su vez, el líder del equipo interdisciplinar cumple el rol de la dirección y gestión de forma democrática, y haciendo un uso de poder compartido. El líder además apoya y

supervisa al equipo, tratando de potenciar el desarrollo personal de los profesionales acorde a los objetivos establecidos y siempre escuchando a sus congéneres antes de actuar (McCallin, 2003; Nancarrow et al., 2013). Sin embargo, el liderazgo del equipo multidisciplinar difiere en gran medida con el anterior, siendo este más definido y generalmente adoptado por el médico. Los equipos multidisciplinarios están altamente jerarquizados (Herrera-Carranza, 2005; Steffen, Zeiss, & Karel, 2014). Otro dato a tener en cuenta es la composición del equipo interdisciplinar, el cual está formado de los siguientes profesionales: médico geriatra, enfermero/a, auxiliar de enfermería, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social, etc. Al mismo tiempo, este equipo puede contar con un número mínimo de profesionales, denominándose este núcleo mínimo de equipo y conformándose de médico geriatra, enfermero/a, auxiliar y trabajador social (Gutiérrez, Jiménez, & Corregidor, 2007).

#### *1.3.2.3.2. Atención en distintos niveles asistenciales*

Como bien detalla la Orden SCO/2603/2008 (2008), el desarrollo de un sistema asistencial resulta una medida prioritaria para abordar los problemas de salud de las personas mayores, ya que estos pueden desembocar en problemas de autonomía tanto físicos como sociales. La necesidad de cuidados viene condicionada por múltiples factores como los que pueden ser la fase de la enfermedad, el deterioro funcional y el apoyo social de la persona mayor. La asistencia en distintos niveles asistenciales, pues, posibilita una asistencia personalizada y adaptada a las necesidades de la persona mayor según el curso de su enfermedad, su autonomía y entorno social, existiendo en distintos niveles tales como: la AP, unidades de urgencias, consultas externas de Geriátría, unidades geriátricas de agudos (UGA), unidades geriátricas de media estancia, de convalecencia o recuperación funcional (UME), hospital de día geriátrico (HDG), atención geriátrica domiciliaria (AGC) y unidades geriátricas de larga estancia (Guzmán, Pérez, & Rodríguez, 2011; Fernández-Fernández & Solano, 2007; Robles et al., 2007). A continuación, se ofrecerá un breve resumen con las particularidades de cada nivel asistencial:

- *Atención Primaria (AP)*: es concebida como el primer eslabón asistencial. Las personas mayores que acuden a los centros de atención primaria (CAP), en su mayoría cumplen con un perfil independiente, bajo grado de alteraciones mentales, recursos sociales medianamente

deteriorados y con distintos grados de problemas médicos (Cervantes, Villarreal, Galicia, Vargas, & Martínez, 2015). La aplicación del método geriátrico en la AP, concretamente la VGI, permite la detección y posterior categorización de la fragilidad en las personas mayores (Mussoll et al., 2002), por lo que la derivación de personas mayores desde la AP a otros niveles asistenciales de ámbito geriátrico es plausible. Un estudio a nivel estatal determinó que el 80% de los pacientes vistos en consulta de AP se adecuaba a los criterios de derivación a unidades geriátricas (Sánchez-Lozano, Rexach, López, & Cruz-Jentoft, 1998), aun así, son requeridos más estudios que corroboren la anterior afirmación, ya que las tasas de derivación desde la AP hacia otras especialidades médicas son aún elevadas, un ejemplo puede ser la cifra reportada por Llobera-Cànaves (1988), la cual fue de 53,7.

- *Unidades de Urgencias*: tal y como se ha referenciado con anterioridad en este trabajo, el uso de los servicios de urgencias de la CAPV aumenta con la edad, por lo que el envejecimiento demográfico representa un reto para el sistema sociosanitario, el cual puede verse afectado por el uso incorrecto de sus recursos por parte de la ciudadanía (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019) (ver el apartado 1.1.2.). La presentación atípica de la enfermedad y el limitado uso de la VGI en estos servicios hacen de este nivel asistencial un eslabón determinante en el establecimiento de un futuro deterioro del estado funcional y pérdida de la autonomía de la persona mayor (Fernández-Fernández & Solano, 2007; Flores-Ruano, Cruz-Jentoft, González-Montalvo, López-Soto, & Abizanda-Soler, 2014). La VGI en servicios de urgencia ha permitido predecir la estancia hospitalaria de las personas mayores, siendo un ejemplo de ello el estudio realizado por Beauchet et al. (2013), los cuales definieron la historia de caídas, el sexo masculino, el deterioro cognitivo y una edad menor de 85 años como factores que contribuyen a un riesgo de mayor tiempo de estancia hospitalaria. Otro estudio manifestó que la VGI se asociaba a mejoras operativas de los servicios de urgencias (Conroy et al., 2014), mientras que también permite detectar numerosos problemas médicos y sociales anteriormente no reconocidos en personas mayores que acuden a los servicios de urgencias (Miller, Lewis, Nork, & Morley, 1996).

- *Consultas Externas de Geriátría*: nivel asistencial en el que la persona mayor que reside en su hogar es sometida a la VGI por parte del médico geriatra, estableciendo a su vez una planificación y continuidad en la asistencia del paciente mayor. El paciente acude a este nivel asistencial generalmente desde la AP, por otros especialistas o tras el alta hospitalaria, y puede ser derivado de nuevo a la primera o por el contrario, a otros niveles asistenciales geriátricos como al HDG (Hornillos, 1995; Pita & Carabias, 2005). Existen resultados contradictorios respecto a los beneficios reportados por las consultas externas de Geriátría, aun así, se ha detectado un mejor manejo farmacológico del paciente mayor y una reducción en la mortalidad en comparación a la atención convencional (Cella, 2018; Totten et al., 2012). Otros estudios mostraron la utilidad de las consultas externas de Geriátría en la prevención del deterioro de calidad de vida referente a la funcionalidad y la salud (Reuben, Frank, Hirsch, McGuigan, & Maly, 1999). Kuo, Scandrett, Dave, & Mitchell (2004) declararon que a pesar de las mejoras en el estado funcional y en la calidad de vida, la supervivencia no se ve mejorada en la atención de consultas externas de Geriátría.
- *Unidades Geriátricas de Agudos (UGA)*: las UGA son unidades hospitalarias enfocadas en la asistencia de problemas agudos de salud o reagudizaciones de condiciones crónicas de la persona mayor, donde la VGI y el equipo interdisciplinar son medios inamovibles (Abrantes, López, & Morales, 2012; Guzmán et al., 2011; Pita & Carabias, 2005). Las personas mayores que cumplen criterios de paciente geriátrico (ver el apartado 1.3.2.4.), las cuales representan el 10-15% de los ingresos hospitalarios, son el perfil de paciente afluente de las UGA, siendo estos los únicos en reportar los beneficios documentados por la asistencia en este tipo de unidades (Macías, 2009). Según una revisión sistemática (González-Montalvo, Baztán, Alarcón, & Bárcena, 2007), las UGA reducen significativamente la estancia hospitalaria de personas mayores ingresadas por patologías agudas, la utilización de recursos, mejoría funcional, etc. Por otro lado, otro estudio posterior (Romero-Rizos, Sánchez-Jurado, & Abizanda-Soler, 2009) concluyó que las UGA reducen el deterioro funcional producto de la hospitalización y aumentan el porcentaje de personas mayores que retornan al hogar. Baztán, Suárez-

García, López-Arrieta y Rodríguez-Mañas (2011), a su vez, corroboraron a través de su metaanálisis, la eficacia de las UGA en la reducción significativa de la estancia hospitalaria y la reducción de costes de la misma. Las mejoras citadas en los anteriores estudios no fueron condicionadas en ningún momento por un aumento de la mortalidad.

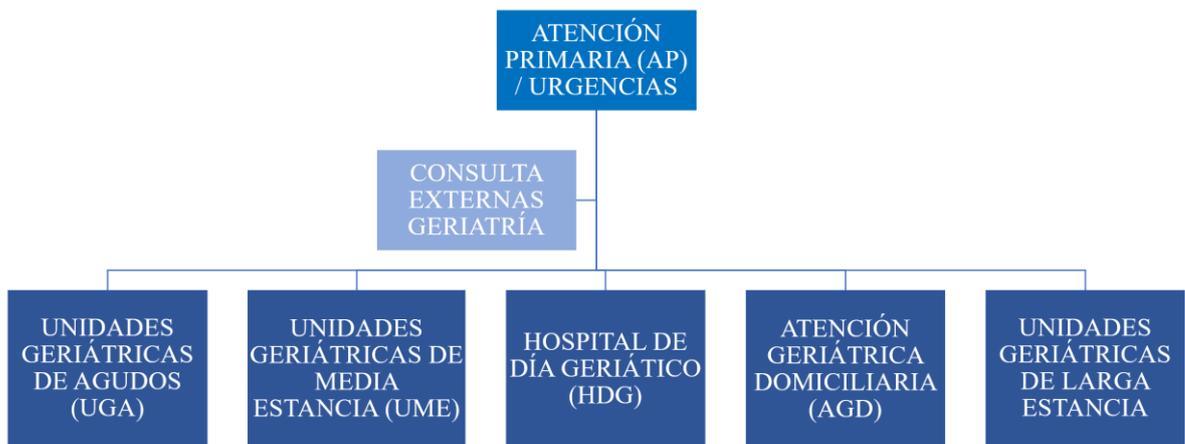
- *Unidades Geriátricas de Media Estancia (UME), Convalecencia o Recuperación Funcional:* estas unidades hospitalarias, llamadas también en países anglosajones “Geriatric assessment and management units” (GEMU), están enfocadas principalmente a la recuperación funcional del paciente mayor, efectuando los denominados cuidados subagudos, postagudos o intermedios, los cuales buscan la rehabilitación y/o convalecencia de la persona mayor (Guzmán et al., 2011; Macías, 2009; Sánchez, 2005). El trabajo de las UME ha reducido en un 35% la estancia en unidades de agudos, en un 11% la estancia hospitalaria total, el ahorro de costes y las mejoras en la recuperación funcional (González-Montalvo et al., 2011). Además, un estudio previo al anterior determinó que la mejora funcional reportada por los pacientes mayores ingresados en las UME estaba por encima del umbral en las primeras 3 semanas de ingreso (Baztán et al., 2004).
- *Hospital de Día Geriátrico (HDG):* el HDG es un nivel intermedio entre el hospital y la comunidad, que es de régimen diurno y que focaliza sus esfuerzos especialmente en la valoración del adulto mayor, recuperación funcional o rehabilitación y el manejo de síndromes geriátricos, considerando aspectos tanto terapéuticos como sociales en la asistencia a personas mayores (Fernández-Fernández & Solano, 2007; Guzmán et al., 2011; Perlado, 1995). Hornillos (1995), en su Tesis Doctoral, revisó diversos estudios que confirmaban los diversos beneficios de los HDG como por ejemplo una disminución de la institucionalización y de la mortalidad, mejora del estado funcional, emocional y satisfacción vital, menor uso de recursos sanitarios y sociales, y reducción en la estancia hospitalaria. A pesar de haber estudios que reafirman estos beneficios en comparación a la atención convencional (Forster, Young, Lambley, & Langhorne, 2008), otros se mantienen escépticos respecto a la preferencia de los HDG frente a otros niveles asistenciales geriátricos, usando generalmente argumentos como un mayor coste de los HDG en comparación con las unidades de media estancia (Perlado, 1995), la

atención hospitalaria (Forster, Young, & Langhorne, 1999), y con otras alternativas de rehabilitación Tucker, Davison, & Ogle, 1984; Young & Forster, 1993).

- *Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD)*: nivel asistencial alternativo a las UGA, a los HDG, a las consultas externas de Geriátría o a la hospitalización convencional. El paciente mayor es atendido a largo plazo y bajo la premisa de la continuidad en su domicilio, apoyando al mismo tiempo a su familia y/o cuidadores informales. Este nivel asistencial coopera directamente con la AP. El espectro de pacientes de la AGD es muy amplio, constando de personas mayores con problemas complejos de salud y un deterioro funcional desde leve hasta severo, siendo este perfil similar al del paciente mayor institucionalizado con la diferencia de que estas personas poseen un apoyo social que les permite recibir la asistencia en el domicilio (Fernández-Fernández & Solano, 2007; Hornillos, 1995; Pita & Carabias, 2005). Los servicios ofertados en esta modalidad asistencial son los siguientes: visitas domiciliarias preventivas, hospitalización a domicilio, cuidados al alta, cuidados al paciente crónico, cuidados paliativos y rehabilitación domiciliaria (Guzmán et al., 2011). Según la revisión sistemática de Boland et al. (2017), los pacientes que asistidos a través de AGD reportaron mejoras en la salud, estado funcional, mortalidad, uso de recursos sanitarios, reducción de rehospitalizaciones, admisiones y tiempo de estancia en residencias, menor sobrecarga y depresión de los cuidadores, etc., en comparación a los que vivían independientemente en su hogar, etc. Sin embargo, a la hora de comparar el efecto de la AGD con la asistencia institucional y la rehabilitación convencional, no hay suficiente evidencia ni diferencias estadísticamente significativas entre estos entornos.
- *Unidades Geriátricas de Larga Estancia*: en este nivel asistencial entran las residencias geriátricas y los centros sociosanitarios. El perfil de persona mayor predominante en estos centros son personas mayores con múltiples enfermedades crónicas o reagudización de las mismas que debido a su dependencia elevada para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y una situación social desfavorable no pueden desarrollar su día a día en su hogar. (Doty, Liu, & Wiener, 1985; Ebrahim, Wallis, Brittis, Harwood, & Graham, 1993; Molaschi, Ponzetto, Ferrario, Scarafiotti, & Fabris, 1995; Salvà-Casanovas, Llevadot, Miró, Vilalta, &

Rovira, 2004). Estos centros, en términos generales, brindan soporte funcional 24 horas a las personas mayores que requieren asistencia en las ABVD y las AIVD, cuidados continuos y de larga duración, rehabilitación, cuidados paliativos, etc. (Sanford, 2015).

Después de analizar cada uno de los niveles asistenciales considerados en el campo de la Geriátría, se puede confirmar como la implementación de distintos niveles en la asistencia de las personas mayores trae consigo una serie de ventajas y beneficios en el abordaje de la salud de las personas mayores. En palabras de la OMS (1974), concretamente en su primer informe técnico sobre “Organización y Planificación de Servicios Geriátricos”, la asistencia geriátrica (AG) consta de “distintos niveles asistenciales, tanto hospitalarios como extrahospitalarios y sociales, cuyo fin es dar respuesta a las necesidades y enfermedades de las personas mayores”, siendo requerida la coordinación de los mismos para garantizar cuidados preventivos, progresivos, integrales y continuados a este sector de la población y la integración de las familias en el proceso asistencial (Ruipérez, 2001; Salgado & Beltran, 1994). A continuación, para una mejor visualización más clara del presente apartado, es presentada la [Figura 20](#):



**Figura 20.** Niveles asistenciales de la Atención Geriátrica (AG). Fte.: Elaboración propia.

#### 1.3.2.4. Clasificación de los pacientes mayores

La población de personas mayores es un grupo heterogéneo cuyos individuos poseen atributos que difícilmente se repiten en un mismo individuo. Tal y como se cita anteriormente (ver el apartado 1.1.2.), la prevalencia de patologías crónicas en la CAPV fue del 80% en personas de 65 años o más y del 90% en las personas de 75 años o más (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2014; 2019). La alta prevalencia de problemas de salud crónicos, acompañada de las elevadas tasas de

dependencia en estos grupos de edad en la CAPV, concretamente del 26% en hombres y del 36% en mujeres de 75 años o más (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2017), traen consigo una necesidad ineludible de categorizar a los pacientes mayores para el abordaje biopsicosocial de su salud. Sin existir consenso sobre una clasificación o tipología universal de los pacientes mayores, en este apartado son descritas las principales características de los tipos de paciente mayor aceptados en nuestro entorno más inmediato, teniendo en cuenta la edad, características de la enfermedad, autonomía de las ABVD y AIVD, problemática mental y social, probabilidad de sufrir síndromes geriátricos, objetivo asistencial y nivel asistencial de referencia (Alarcón-Alarcón & González-Montalvo, 2001; Cortés et al., 1996; Fernández & Estévez, 2013; Guillén-Llera, 2005; Robles et al., 2007; Silva et al., 2006; Valle, 2014):

- *Persona mayor sana*: personas mayores de 65 años o más que no presentan patologías detectables y tampoco deterioro funcional (ABVD y AIVD), mental o social. Sus probabilidades de padecer un síndrome geriátrico son bajas y el objetivo de su asistencia es la promoción y prevención de la salud, pudiendo llevarse a cabo este cometido en la AP.
- *Persona mayor enferma*: individuo de 65 años o más que padece una enfermedad aguda o crónica no invalidante, manteniéndose la autonomía de las ABVD y AIVD, generalmente tratándose de un único proceso, y que no manifiesta problemas mentales ni sociales. La probabilidad de desarrollar un síndrome geriátrico sigue siendo baja. La asistencia, la rehabilitación y la prevención son los objetivos a lograr en estos pacientes. El abordaje de estas personas mayores es realizada tanto en la AP, urgencias, consultas externas de Geriátría y las UGA.
- *Persona mayor frágil*: personas mayores a partir de los 75 años que son consideradas de “alto riesgo”. Estos pacientes reportan una o más enfermedades agudas o crónicas que cuando se descompensan pueden dar lugar a deterioro de la autonomía, especialmente en la realización de AIVD, pudiendo haber también problemática mental y social.

La fragilidad a su vez es definida como “un estado clínicamente reconocible de mayor vulnerabilidad producto de la disminución de la reserva funcional de múltiples sistemas asociada al proceso de envejecer” (Xue, 2011). Según Fried et al. (2001b), a pesar de la ausencia de consenso de criterios fenotípicos de fragilidad, estos autores establecen 5

criterios, que en el caso de cumplirse 3 o más ellos, denotan la presencia de fragilidad: pérdida involuntaria de peso, disminución de energía, escasa actividad física, reducción en la velocidad de la marcha y pérdida de fuerza de agarre. El cumplimiento de 1 o 2 de estos criterios establecería un estado de prefragilidad.

Como contraparte al fenotipo físico de fragilidad de Fried, el modelo de múltiples dominios de Rockwood, Fox, Stolee, Robertson y Beattie (1994), concibe la fragilidad desde una perspectiva más biopsicosocial y dinámica, abarcando déficits del estado cognitivo, emocional, nutricional y funcional, comunicación, motivación, percepción del estado de salud, fuerza, equilibrio y movilidad, sueño y aspectos sociales. A su vez, este modelo, inspira la valoración de la fragilidad en la metodología de la VGI, surgiendo el denominado “*frailty index based on a comprehensive geriatric assessment*” (FI-CGA) (Rockwood & Mitnitski, 2011). De la mano de la anterior premisa, hay otros instrumentos de valoración que consideran la fragilidad como un síndrome geriátrico multidimensional, como es el empleado en este trabajo, el indicador de fragilidad de Tilburg (Gobbens, van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010), el cual abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales de la fragilidad.

La posibilidad de institucionalización y de padecer síndromes geriátricos del paciente mayor frágil es elevada. Los síndromes geriátricos, también denominados las “íes” de la Geriátría, son definidas como “un conjunto de cuadros típicamente originados por la conjunción de patologías en alta prevalencia en las personas mayores que fácilmente pueden traducirse en el deterioro funcional y social de quien los parece” (Gómez-Ayala, 2005; Kane, Ouslander, Abrass, & Resnick, 2004; Luengo, Maicas, Navarro, & Romero, 2007).

Un metaanálisis reciente reportó que en personas mayores de la comunidad, la incidencia de la fragilidad fue de 43,4 casos nuevos por cada 1000 personas al año, mientras que la de la prefragilidad fue de 150,6 casos nuevos (Ofori-Asenso et al., 2019). Otro metaanálisis estimó la prevalencia de ambas condiciones de salud en personas mayores no institucionalizadas en 17,4% y 49,3% respectivamente (Siriwardhana, Haroon, Rait, Weerasinghe, & Walters, 2018). En personas mayores

institucionalizadas esta situación se agrava, aumentando la prevalencia de la fragilidad y prefragilidad al 52,3% y 40,2% (Kojima, 2015).

Los grandes síndromes geriátricos son ilustrados a continuación en la [Figura 21](#):

<p><b><u>Immobility</u></b>: inmovilidad.</p> <p><b><u>Instability</u></b>: inestabilidad y caídas.</p> <p><b><u>Incontinence</u></b>: incontinencia urinaria y fecal.</p> <p><b><u>Intellectual impairment</u></b>: demencia y síndrome confusional agudo.</p> <p><b><u>Infection</u></b>: infecciones.</p> <p><b><u>Inanition</u></b>: desnutrición.</p> <p><b><u>Impairment of vision and hearing</u></b>: alteraciones en vista y oído.</p> <p><b><u>Irritable colon</u></b>: estreñimiento, impactación fecal.</p> <p><b><u>Isolation (depression)/insomnio</u></b>: depresión/insomnio.</p> <p><b><u>Iatrogenesis</u></b>: yatrogenia.</p> <p><b><u>Inmune deficiency</u></b>: inmunodeficiencias.</p> <p><b><u>Impotence</u></b>: impotencia o alteraciones sexuales.</p>
--

**Figura 21.** Grandes Síndromes Geriátricos (las “íes” de la Geriátría). Fte.: Elaboración propia a partir de Kane et al. (2004).

Conocida la incidencia y prevalencia al alza de la fragilidad y la repercusión de este síndrome en la salud de las personas mayores y en el sistema de salud, como por ejemplo un incremento de la discapacidad, aumento del coste y uso de recursos sanitarios (hospitalización, institucionalización y servicios de urgencias), mayor prevalencia de caídas, fracturas y demencias, un descenso en la calidad de vida, etc. (Cesari et al., 2016; Kojima, Liljas, & Iliffe, 2019; Vermeiren et al., 2016), cada vez es más evidente que la fragilidad representa un reto para nuestro sistema de salud, el cual, con el envejecimiento de la población, tendrá que atender a un mayor número de personas mayores con el paso de los años.

Por lo tanto, el paciente mayor frágil resulta ser el objeto prioritario de la Geriátría y la VGI, siendo el objetivo de los cuidados de estos pacientes la asistencia, la rehabilitación y la prevención en niveles asistenciales geriátricos tales como las UGA, UME, HDG, AGD y unidades geriátricas de larga estancia.

- *Paciente Geriátrico*: paciente de 75 años o más que sufre múltiples patologías crónicas incapacitantes coexistentes (pluripatología), destacando la limitación de las ABVD. La patología mental y la problemática social también están presentes. Las AIVD también se ven alteradas. La probabilidad de padecer síndromes geriátricos es muy elevada y el objetivo de los cuidados de estos pacientes es asistencial, terapéutico y rehabilitador, tratando de potenciar la calidad de vida y la autonomía dentro de lo posible. Los niveles asistenciales de referencia para este perfil de paciente son las UGA y las unidades geriátricas de larga estancia. Este tipo de pacientes representa el 30-35% de los ingresos hospitalarios (Valle, 2014).

Las distintas características de los pacientes mayores, además de hacer alusión a la heterogeneidad de este colectivo, reflejan que cada tipo de paciente mayor requiere un abordaje enfocado a distintos objetivos asistenciales, los cuales son llevados a cabo en niveles asistenciales geriátricos específicos. La [Figura 22](#) resume las principales características distintivas de los distintos tipos de pacientes mayores:

	Persona Mayor	Persona Mayor Enferma	Persona Mayor Frágil	Paciente Geriátrico
Edad	≥ 65 años	≥ 65 años	≥ 75 años	> 75 años
Características de la Enfermedad	No	Enfermedad aguda o crónica no incapacitante	≥ 1 enfermedades crónicas o agudas	Pluripatología
Dependencia ABVD	No	No	No	Sí
Dependencia AIVD	No	No	Sí / No	Sí
Problemática Mental y Social	No	No	Sí / No	Sí

<b>Probabilidad Síndromes Geriátricos</b>	Baja	Baja	Elevada	Muy Elevada
<b>Objetivo Asistencial</b>	Promoción y prevención de la salud	Asistencial, rehabilitador y prevención	Asistencial, rehabilitador y prevención	Asistencial, terapéutico y rehabilitador
<b>Nivel Asistencial</b>	AP*	AP, urgencias, consultas externas de Geriátría y UGA**	UGA, UME***, HDG****, AGD***** y unidades geriátricas de larga estancia	UGA y unidades geriátricas de larga estancia

**Figura 22.** Características de los distintos tipos de paciente mayor. Fte.: Elaboración propia. \*Atención Primaria; \*\*Unidades Geriátricas de Agudos; \*\*\*Unidades Geriátricas de Media Estancia; \*\*\*\*Hospital de Día Geriátrico; \*\*\*\*\*Atención Geriátrica Domiciliaria.

### 1.3.3. Valoración Geriátrica Integral (VGI)

#### 1.3.3.1. Necesidad de una valoración específica para las personas mayores

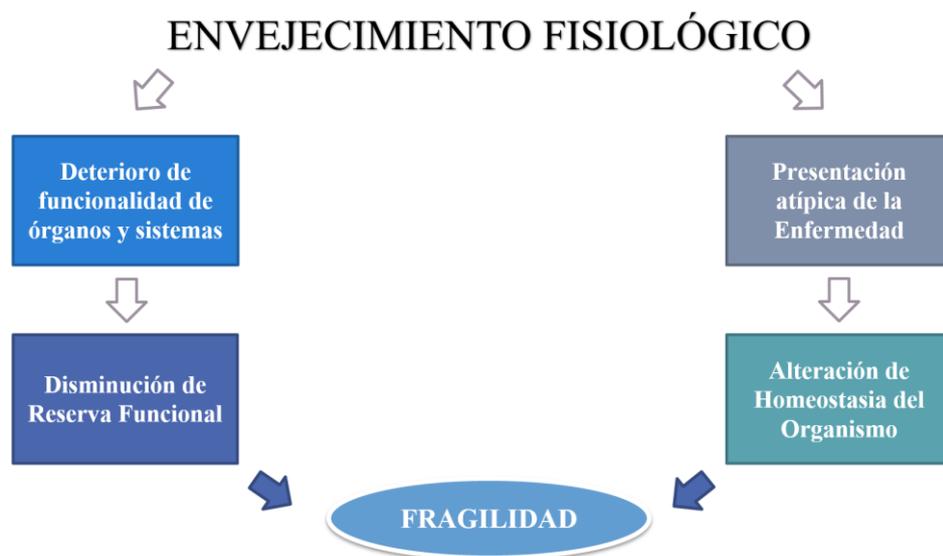
La necesidad de un sistema de valoración específica para las personas mayores surge en los años 40 en el Reino Unido, donde Marjory Warren, consciente de la necesidad de una especialidad de Geriátría, promulgaba que se requería de un enfoque específico para la atención hospitalaria de personas mayores, ya que las necesidades de estas difieren de las de otros grupos de edad, considerando también un equipo multidisciplinar para la asistencia de la persona mayor (St. John & Hogan, 2014; Warren, 1946).

Posteriormente, en la década de los 70 y 80, surgieron los primeros ensayos clínicos controlados en unidades hospitalarias de Geriátría en países como Estados Unidos, España e Italia, obteniendo resultados prometedores. Concretamente, Rubenstein et al. (1984), quien posteriormente definió la VGI, concluyó que los pacientes mayores hospitalizados ubicados en una unidad de evaluación geriátrica, anteriormente mencionada como UME, reportaron una menor mortalidad, mejoras en el estado funcional, menor tasa de reingresos hospitalarios o en instituciones y un mejor uso y menor costo de recursos sanitarios.

La primera definición de la VGI, la cual ya ha sido citada anteriormente (ver el apartado 1.3.2.3.), fue dada por Rubenstein (1987), describiéndola como “un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que busca identificar y medir problemas de salud, capacidades funcionales y psicosociales, con el objetivo de

establecer un plan terapéutico global, optimizar la utilización de recursos asistenciales y garantizar a la continuidad de cuidados a largo plazo”. Con el tiempo, otros autores se han embarcado a contribuir con su definición propia de la VGI. Tal y como citan Montesión et al. (2008), la VGI es “un instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional) que permite la identificación y priorización de los problemas y necesidades de la persona mayor con el objetivo de establecer un plan de tratamiento y seguimiento”. Posteriormente, Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto, & Cervantes (2014) definieron la VGI como “una herramienta o metodología diagnóstica adoptada en todos los niveles asistenciales de la AG que establece la configuración de la historia clínica (HC) del médico geriatra u otros profesionales que atienden a la persona mayor, para lo cual deberán tener una formación específica”. Para Cervantes et al. (2015), la VGI es entendida como “un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite la detección y cuantificación de problemas, necesidades y capacidades de las personas mayores con el fin de identificar los cuidados y tratamientos requeridos para mejorar su estado de salud”.

El envejecimiento fisiológico trae consigo una serie de cambios que evidencian la necesidad de un sistema de valoración específico para las personas mayores y adaptado a las necesidades de ese mismo grupo (Sanjoaquín et al., 2007). Varios de los fenómenos más destacables fruto del envejecimiento son el deterioro funcional y la pérdida de la reserva funcional (De Alba, Prieto, & Luque, 2005; Goldspink, 2005), la presentación atípica de la enfermedad (Jarrett, Rockwood, Carver, Stolee, & Cosway, 1995; Jung et al., 2017), la alteración de la capacidad de adaptación y la homeostasia del organismo (Pomatto & Davies, 2017; Fedarko, 2011), etc., pudiendo desembocar todos ellos en la fragilidad (ver [Figura 23](#)).



**Figura 23.** Fenómenos producto del envejecimiento fisiológico. Fte.: Elaboración propia.

Otros factores asociados a la fragilidad en las personas mayores de la comunidad son una mayor edad, dependencia en ABVD y AIVD, la depresión, la comorbilidad, el deterioro cognitivo, relaciones sociales pobres y una percepción negativa de la propia salud (De Albuquerque, Correa, Campos, & Oliveira, 2012; Jürschik et al., 2012). Al mismo tiempo, la transición de una persona mayor sana a una frágil puede verse impulsada por variables como una mayor edad, padecimiento previo de cáncer, hospitalizaciones, enfermedades pulmonares y el accidentes cerebrovasculares (ACVs) (Lee, Auyeung, Leung, Kwok, & Woo, 2014).

Los cambios producto del envejecimiento y la vulnerabilidad derivada del mismo, unido al aumento de la incidencia y prevalencia del síndrome de la fragilidad (Ofori-Asenso et al., 2019; Siriwardhana et al., 2018) y a las consecuencias negativas en la salud de las personas mayores de este síndrome (Cesari et al., 2016; Kojima et al., 2019; Vermeiren et al., 2016) (ver el apartado 1.3.2.4.) no hacen más que confirmar la importancia de un abordaje específico adaptado a las necesidades y problemas de las personas mayores, situando a la persona mayor frágil como el objetivo prioritario de la VGI y la Geriátría (Valle, 2014). Además, tal y como manifestaron Fried, Storer, King, y Lodder (1991), el adulto mayor, debido a sus características particulares, requiere un enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico diferente, ya que solo entre el 41-44% de los pacientes mayores pueden ser tratados mediante el modelo tradicional de atención sanitaria.

La discriminación por edad o edadismo, tema principal de esta Tesis Doctoral, también es un factor cuya relación con la fragilidad en personas mayores ha sido estudiada con relativa frecuencia. Otros estudios disponibles en la literatura también confirman la relación existente entre la fragilidad y edadismo. Gale y Cooper (2018) manifestaron que las actitudes negativas hacia los mayores aumentaban el riesgo de que estos se conviertan en prefrágiles o frágiles. Según Buckinx et al. (2018), las personas mayores institucionalizadas que eran frágiles tenían una percepción del envejecimiento más negativa que las que eran consideradas como pre-frágiles y no frágiles.

La discriminación por edad ha resultado ser un factor asociado a una disminución del rendimiento cognitivo (ver el apartado 1.5.2.4.), concretamente en la memoria y la autoeficacia (Armstrong, Gallant, Li, Patel, & Wong, 2017; Hess, Auman, Colcombe, & Rahhal, 2003; Lamont, Swift, & Abrams, 2015; Levy, 1996; Levy, Zonderman, Slade, & Ferrucci, 2012a). El deterioro de la función ejecutiva y la atención (Robertson & Kenny, 2016a), un peor estilo de escritura (Levy, 2000), y un peor

rendimiento en test cognitivos también representan consecuencias de la discriminación por edad en la esfera cognitiva de la persona mayor (Mazerolle et al., 2017; Siebert, Wahl, & Schröder, 2018).

El deterioro funcional también es un factor estrechamente vinculado a la discriminación por edad (ver el apartado 1.5.2.3.), reflejándose esto en una relación estadísticamente significativa entre este tipo de discriminación y el deterioro de la autonomía y el autocuidado (Levy, Slade, & Kasl, 2002b; Levy & Myers, 2004; Moser, Spagnoli, & Santos-Eggimann, 2011; Robertson & Kenny, 2016a; Wolff, Schüz, Ziegelmann, Warner, & Wurm, 2017; Wurm & Benyamini, 2014), de la fuerza de las manos (Swift, Lamont, & Abrams, 2012), de la velocidad de la marcha (Robertson, Savva, Bellinda, & Kenny, 2015; Robertson & Kenny, 2016a) y el equilibrio (Chiviawsky, Cardozo, & Chalabaev, 2018; Levy, Slade, Chang, Kanno, & Wang, 2020).

Un estudio piloto reciente, que trata de examinar el mecanismo a través del cual el edadismo actúa sobre la fragilidad, destaca el potencial de la amenaza del estereotipo negativo, concepto que será detallado más en profundidad más adelante en el presente trabajo (ver el apartado 1.4.1.3.1.), para influir directamente en la salud y en el deterioro de la salud de las personas mayores (Fu et al., 2019).

### 1.3.3.2. Objetivos de la VGI

A pesar de que las distintas definiciones de la VGI sirven de adelanto para determinar los objetivos de este sistema de valoración, varios autores han citado varios objetivos que este proceso diagnóstico multidimensional (biopsicosocial y funcional), interdisciplinar y dinámico principalmente enfocado en personas mayores frágiles persigue en su ejecución. Entre los objetivos más notables podemos encontrar los siguientes (D'Hyver, 2017; Jaramillo, 2009; Larrión, 1999; Pérez & Mateos, 2011; Sanjoaquín et al., 2007; Valle, 2014):

- Aumentar la precisión diagnóstica fundamentándose en un diagnóstico cuádruple, es decir, biopsicosocial y funcional.
- Disponer de una imagen de la situación basal del paciente mayor.
- Identificar problemas de salud tratables previamente no detectados.
- Evaluar las consecuencias de la enfermedad en el estado funcional del paciente mayor.

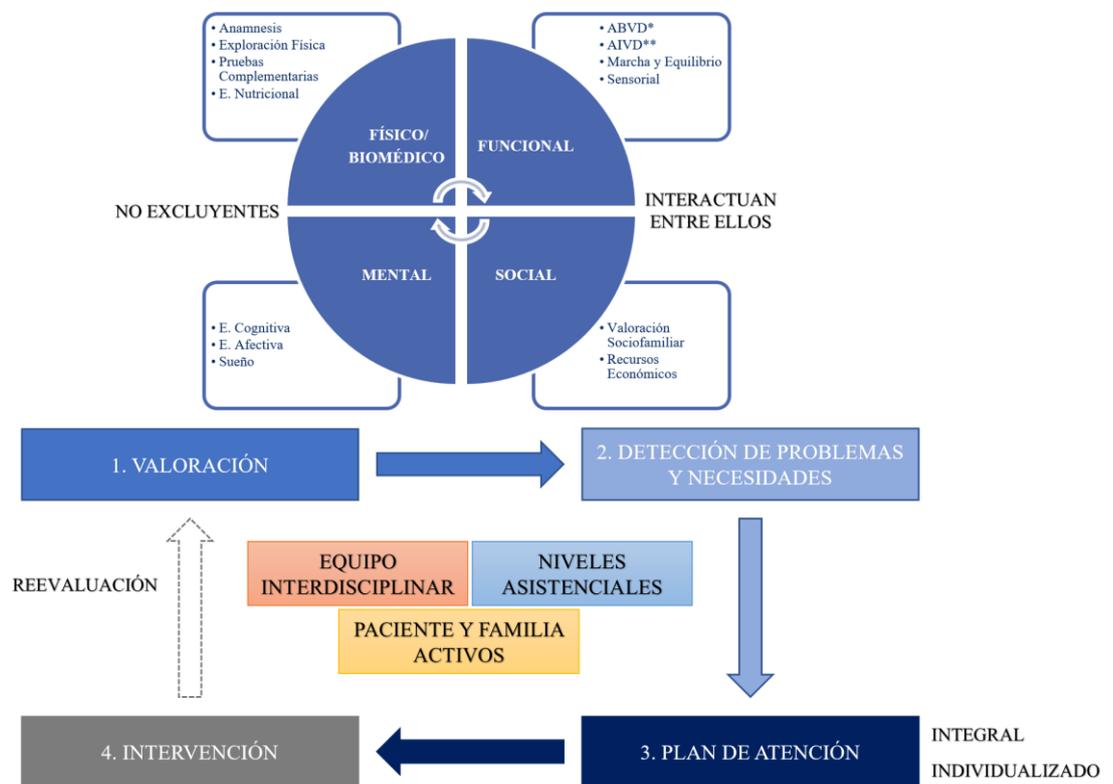
- Elaborar planes de cuidados y tratamientos integrales que sean racionales y estén adaptados a las necesidades individuales de cada persona mayor, permitiendo también el seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- Mejorar el estado funcional, cognitivo y la calidad de vida del paciente mayor, reduciendo también la mortalidad y aumentando años de vida activa y agradable.
- Identificar los recursos y entorno sociofamiliar del paciente mayor, incluyendo a la vez la situación del cuidador.
- Facilitar la transmisión de información entre los profesionales encargados del cuidado de la persona mayor, estando preferiblemente organizados en equipos interdisciplinarios.
- Adecuar la ubicación del paciente mayor a un entorno médico y social acorde a sus necesidades individuales, logrando así la optimización del uso de recursos sociosanitarios disponibles, tratando de prevenir la dependencia y disminuyendo también el número de ingresos hospitalarios o en instituciones.

#### 1.3.3.3. Componentes de la VGI

Antes de definir los principales componentes que conforman la VGI, es necesario mencionar los principios básicos sobre los que se sustenta la VGI, dadas las particularidades de las personas mayores (López, 2013). En primer lugar, este sistema de valoración considera la complejidad de los problemas de los pacientes mayores, asumiendo que estos requieren de una aproximación diagnóstica y terapéutica más específica, amplia e interdisciplinaria que los pacientes más jóvenes. En segundo lugar, la VGI tienen en cuenta que los pacientes mayores son una población sujeta a la alta prevalencia de enfermedades (tanto crónicas como agudas), de discapacidades y dependencias no reversibles no reconocidas. En tercer lugar, la respuesta espectacular al tratamiento de un número considerable de pacientes geriátricos es una situación no descartable. En cuarto y último lugar, la VGI trata en la medida de lo posible, de evitar la institucionalización siempre que esta sea sin una valoración previa que abarque las múltiples dimensiones que conforman a la persona mayor: biológica, psicológica, social y funcional.

Además de los principios anteriormente mencionados, ha de recordarse, que la VGI, al igual que la especialidad médica que la recoge, la Geriátría, comparte muchas de las premisas establecidas por el modelo biopsicosocial de Engel (1997): entiende a la persona como un ser dotado de múltiples dimensiones (biopsicosocial), las cuales interactúan entre ellas y no se excluyen (1); establece al paciente y su familia como agentes activos en la gestión de su salud (2); entrega el abordaje profesional de la salud a equipos interdisciplinarios formados por distintos tipos de profesionales (3); la atención es llevada a cabo en distintos niveles asistenciales (4); y distribuye la atención al paciente en un sistema de progresión “identificación del problema – planificación integral e individualizada – intervención”, estando sujeta esta a distintas reevaluaciones, haciendo alusión esto a la dinamicidad del proceso (5) (British Geriatrics Society [BGS], 2019; López, 2013; Pérez & Mateos, 2011; Rubenstein, 1987; Sanjoaquín et al., 2007).

Para una descripción más concisa de las dimensiones de la persona mayor evaluadas en la VGI (física, funcional, psicológica y social), en los siguientes apartados serán definidas brevemente las particularidades de cada una de esas dimensiones y su papel en este proceso de valoración. La Figura 24 sirve para ilustrar en una sola imagen las principales características y particularidades de la VGI, además de la progresión del proceso que la misma engloba.



**Figura 24.** Características metodológicas de la VGI. Fte.: Elaboración propia. \*Actividades básicas de la vida diaria; \*\*Actividades Instrumentales de la vida diaria.

### 1.3.3.3.1. Valoración física o biomédica

La valoración de la dimensión física o biológica de la persona mayor se fundamenta principalmente en la anamnesis, en la exploración física, en la realización de pruebas complementarias y el estudio nutricional del paciente mayor (Camina-Martín et al., 2016; D'Hyver, 2017; Iráizoz, 1999; López, 2013; Pérez & Mateos, 2011; Redín, 1999, Sanjoaquín et al., 2007) (ver [Figura 25](#)):

- La *anamnesis* o la recogida de datos referentes a la salud del paciente mayor es una labor característica de la valoración física o biomédica. Entre dichos datos podemos encontrarnos antecedentes personales o HC, revisión por aparatos y sistemas, la historia farmacológica completa y actualizada, e información sobre la enfermedad actual. Esta labor puede estar repleta de dificultades y contratiempos, pudiendo alargarse más de lo debido, dado el posible deterioro cognitivo y sensorial del paciente mayor, y la presentación atípica de la enfermedad y su sintomatología, por lo que la cooperación de la familia o el cuidador es un factor a tener en cuenta. La revisión por aparatos y sistemas, la cual incluye los órganos de los sentidos, el sistema cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, musculoesquelético, neurológico, endocrino y general, facilita la detección de grandes síndromes geriátricos, información sobre la pluripatología y establecer el motivo de consulta.
- En cuanto a la *exploración física*, esta también resulta más costosa que en personas de mayor edad, centrándose principalmente en la inspección del estado general (actitud, grado de conciencia, estado de hidratación y nutrición, y el cuidado y el aseo, etc.), en la toma de constantes vitales (tensión arterial (T/A), FC, frecuencia respiratoria (FR), T, saturación (Sat O<sup>2</sup>), valoración del dolor, etc.) y la exploración topográfica, siendo realizada esta de manera céfalo-caudal, es decir, de arriba hacia abajo (cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, exploración neurológica, piel y genitales externos).
- A la hora de solicitar *pruebas complementarias*, se optará en primer lugar por una valoración inicial compuesta por pruebas sencillas que no desemboquen en efectos iatrogénicos para el paciente, evitando así en la medida de lo posible el denominado encarnizamiento terapéutico: analítica de sangre (hemograma, bioquímica completa y coagulación), sedimento y urocultivo, electrocardiograma (ECG) y radiografías (RX).

- El *estudio nutricional* del paciente mayor es de vital trascendencia en el procedimiento de la VGI. Una revisión sistemática cifró la prevalencia de la malnutrición en personas mayores a nivel estatal en un 16,6% tras la aplicación del mini nutritional assessment (MNA), en un 21,4% considerando parámetros antropométricos y bioquímicos, y en un 47,3% tras la utilización de otros cuestionarios de nutrición (Milà, Formiga, Duran, & Abellana, 2012). Aún conociéndose la elevada prevalencia de la desnutrición en personas mayores, este problema de salud está infradiagnosticado en el contexto geriátrico, sin existir todavía consenso sobre un procedimiento estandarizado. Entre los instrumentos dirigidos a la valoración nutricional se encuentran: herramientas de cribado como el MNA, la historia clínico-nutricional, la historia dietética, medidas antropométricas (índice de masa corporal (IMC), pérdida involuntaria del peso (PiP), circunferencia del brazo, etc.), parámetros bioquímicos (albumina, prealbumina, vitaminas y oligoelementos, número total de linfocitos, serie roja, etc.) y el estudio de la composición corporal (bioimpedancia (BIA)).



Figura 25. Valoración física o biomédica. Fte.: Elaboración propia.

#### 1.3.3.3.2. Valoración funcional

La valoración del estado funcional del paciente mayor comprende el estudio de la autonomía respecto a las ABVD, las AIVD, la condición física, y la marcha y el equilibrio (D'Hyver, 2017; Gálvez-Cano, Chávez-Jimeno, & Aliaga-

Díaz, 2016; Larión, 1999; Pérez & Mateos, 2011; Sanjoaquín et al., 2007; Trigas-Ferrín, Ferreira-González, & Mejjide-Míguez, 2011).

Las ABVD fueron definidas en primera instancia en los años 50 por Katz (Katz, 1983) como “aquellas habilidades básicas requeridas para el autocuidado”. Varios ejemplos de las ABVD son comer, caminar, la higiene, vestirse, el uso del retrete y el control de los esfínteres. Posteriormente, Lawton y Brody (1969) confeccionaron el término AIVD, describiendo estas actividades como “habilidades más complejas que las ABVD, que están relacionadas con la capacidad de la persona para adaptarse al entorno”. Entre estas actividades podemos encontrar ir de compras, cocinar, la limpieza, lavandería, el uso de transportes, gestión del dinero, manejo de medicamentos y el uso del teléfono. Aunque no tan estudiadas en personas mayores, un tercer tipo de AVD han resultado ser las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) propuestas por Reuben y Salomon (1989). Estas actividades están constituidas por “funciones físicas y sociales” que son voluntarias y que permiten a la persona participar en actividades sociales, recreativas, laborales, viajes, ejercicio físico intenso, etc. Varias de las escalas e instrumentos más utilizados en la bibliografía para evaluar la autonomía de las personas mayores respecto a sus ABVD son las siguientes: índice de Katz (Katz, 1963), índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), escala de incapacidad física de la Cruz Roja (EFCR) (Guillén-Llera & García-Antón, 1972). El cuestionario más ampliamente utilizado para el estudio de la autonomía en AIVD es el índice de Lawton & Brody (Lawton & Brody, 1969).

Para estudiar la condición física en las personas mayores, uno de los instrumentos más difundidos en la literatura es el short psysical performance battery (SPPB) (Guralnik et al., 1994), el cual incluye 3 pruebas: una de equilibrio, otra de levantarse y sentarse en una silla, y por último, una de velocidad de la marcha. Otra forma de evaluar el equilibrio y la marcha es la Escala de Tinetti (Tinetti, 1986) y el Test Get up and go (Mathias, Nayak, & Isaacs, 1986). La dinamometría manual (Mathiowetz et al., 1985), prueba que mide la fuerza de las manos en kilos (kg), ha resultado ser un predictor en la dependencia en las ABVD y la fragilidad (Lee et al., 2017; Xue, Walston, Fried, & Beamer, 2011), por lo que su utilización en la valoración del estado funcional del paciente mayor también es recomendada.

#### 1.3.3.3. Valoración mental

La valoración mental de la persona mayor principalmente abarca el estudio de la función cognitiva y el estado emocional o psicoafectivo, aunque también toma en consideración en análisis de la personalidad y la conducta. La valoración mental puede ser llevada a cabo de 2 formas (Iráizoz, 1999; Sanjoaquín et al., 2007):

- *Métodos directos*: los que se aplican directamente sobre la persona y/o paciente mayor. Varios ejemplos son la HC, observación del comportamiento, exploración física y neurológica, entrevista estructurada, administración de escalas o cuestionarios y realización de pruebas complementarias.
- *Métodos indirectos*: obtención de datos a partir de la familia o del cuidador. Permiten un mayor conocimiento sobre los cambios sucedidos a lo largo del tiempo, facilitando también el diagnóstico clínico y diferencial.

La *valoración cognitiva* tiene como objetivo detectar la presencia de deterioro cognitivo que pueda afectar a la autonomía de la persona mayor para establecer un diagnóstico terapéutico, las consecuencias en la persona mayor y establecer estrategias de intervención con suficiente anticipación (Montenegro, Montejo, Llanero, & Reinoso, 2012). La detección del deterioro cognitivo leve (DCL), definido este como “un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las AVD y sin que se cumplan criterios de demencia” (Petersen et al., 1999), ha de ser realizado precozmente, ya que puede existir una causa tratable y esto puede facilitar la prevención, tratamiento y planificación de los cuidados (Morley et al., 2015). En la actualidad, existen varias herramientas de cribado para la detección del deterioro cognitivo y la demencia, entre las que destacan el MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), el “*short portable mental status de Pfeiffer*” (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975), el “*mini-examen cognoscitivo*” (MEC) (Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala., & Seva, 1979), el “*informant questionnaire on cognitive decline in the elderly*” (IQCODE) (Jorm & Jacomb, 1989) o el “*Montreal cognitive assessment*” (MoCA) (Nasreddine et al., 2005). Otras escalas destacables son la “*global deterioration scale*” (GDS) (Reisberg, Ferris, de León, & Crook, 1982) y la “*functional assessment staging*” (FAST) (Sclan & Reisberg, 1992), las cuales

estudian la severidad de la demencia y su repercusión funcional en el paciente mayor.

La *valoración afectiva* del paciente mayor se centra en detectar y cuantificar los posibles trastornos de la dimensión afectiva que puedan afectar a la funcionalidad de la persona mayor, entre los que destacan la depresión y la ansiedad (Domínguez-Ardila & García-Manrique, 2014). Por un lado, la depresión es definida como “trastorno mental frecuente, caracterizado por la tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, n.d.). Por otro lado, la ansiedad se entiende como “emoción normal adaptativa que sirve como sistema de advertencia, alertando al individuo de acontecimientos adversos o riesgos inminentes, tornándose patológica en el momento que dicho sistema de advertencia está mal adaptado, resultando excesivo” (Francés, 2004). Tanto la depresión como la ansiedad son patologías que están asociadas tanto al deterioro funcional como a la demencia, por lo que su abordaje en el paciente mayor es algo prioritario (Gallacher et al., 2009; Lenze et al., 2001; Schillerstrom, Royall, & Palmer, 2008; Varghese, & Muliyala, 2010). Varias de las escalas de depresión y ansiedad más empleadas en poblaciones de personas mayores son las siguientes: la escala de ansiedad de Hamilton (HARS) (Hamilton, 1959), la escala de depresión de Hamilton (HDRS) (Hamilton, 1960), el inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), la escala autoaplicada de Zung (ZSDS) (Zung, 1965), la escala de depresión del Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977), la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) (Yesavage et al., 1982), la escala Cornell de depresión en la demencia (CSDD) (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988) y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988).

#### *1.3.3.3.4. Valoración social*

El estudio de la esfera social del paciente mayor evalúa principalmente la relación de la persona mayor con su entorno sociocultural, su capacidad de adaptación y la influencia del entorno sobre la misma persona. La valoración social, pues, considera aspectos como la vivienda, apoyo familiar y social, recursos socioeconómicos, relaciones sociales, el cuidador, etc. (D'Hyver, 2017; Fernández & Estevéz, 2013; López, 2013; Pérez & Mateos, 2011; Pita & Carabias, 2005;

Puig, Lluch, & Rodríguez, 2009; Sanjoaquín et al., 2007; Welsh, Gordon, & Gladman, 2013). Dada la gran variedad de factores que forman parte de la dimensión social de la persona mayor y la superposición de ítems idénticos en distintas escalas, aún no existe consenso respecto al procedimiento a la hora de evaluar dicha dimensión, por lo que hay autores que se decantan por una entrevista estructurada y otros por una semiestructurada (García-González et al., 1999).

Entre las escalas más utilizadas en nuestro medio podemos encontrar, la escala de soledad de UCLA (Russell, Peplau, & Ferguson, 1978), la escala Zarit de sobrecarga al cuidador (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980), el Apgar familiar (Smilkstein, Ashworth, & Montano, 1982), la escala de soledad de de Jong Gierveld (de Jong-Gierveld & Kamphuls, 1985), la escala OARS de recursos sociales (Fillenbaum, 1988) y la escala de valoración sociofamiliar de Gijón (García-González et al., 1999). Otras escalas ajenas a esta categoría también incluyen la esfera social entre sus apartados como las escalas de la escala de Filadelfia de satisfacción (Lawton, 1975). El indicador de fragilidad de Tilburg, escala utilizada para la valoración de la fragilidad referida, también nos da información referente a la dimensión social de la persona (Gobbens et al., 2010).

#### *1.3.3.3.5. Calidad de vida*

Aunque actualmente no existe un consenso sobre la definición de la calidad de vida, la OMS (2012) la definió como “percepciones individuales sobre la posición del individuo en la vida respecto a su contexto cultural y sistemas de valores, considerando también sus propios objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. A su vez, la calidad de vida toma en consideración componentes multidimensionales (biopsicosocial) de la persona mayor, ya sean objetivos o subjetivos (Fernández-Ballesteros, 2004; Yanguas, 2004), entre los que se encuentran: la salud, el bienestar físico y psicológico, la autonomía, la participación social, redes sociales o calidad ambiental (Elosua, 2010).

La evaluación de la calidad de vida es una labor indispensable en el abordaje de la persona mayor, ya que varios cambios acontecidos en el envejecimiento, muchas veces caracterizados como deterioro o pérdidas a nivel físico, mental y social, pueden influir negativamente en la calidad de vida de las personas mayores, ejemplo de ello son: la depresión, los trastornos musculoesqueléticos y enfermedades cardiovasculares (Borowiak & Kostka, 2004), las autopercepciones negativas de la salud y la soledad (Smith, Sim, Scharf, &

Phillipson, 2004), una mala situación financiera percibida, la limitación en la movilidad, la dependencia en las AVD y las enfermedades de larga duración (Netuveli, 2006), la pluripatología y la viudedad (Sováriová, 2016), etc.

Existen varias escalas y cuestionarios ampliamente utilizados en el campo de la Geriátría y la Gerontología, siendo varias de ellas (Yanguas, 2004; Elosua, 2010): la escala de calidad de vida de la OMS (WHOQOL) en sus versiones WHOQOL-100 (The World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL Group], 1995) y WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998); las láminas COOP/WONCA de calidad de vida (Van Weel, 1993) y el cuestionario breve de calidad de vida (CUBRECAVI) (Fernández-Ballesteros & Zamarrón, 1996). Otros cuestionarios como el perfil de salud de Nottingham (Hunt, McKenna, McEwen, Williams, & Papp, 1981), el cuestionario de salud SF-36 (Ware Jr & Sherbourne, 1992) y el EuroQol-5D (Brooks & EuroQol Group, 1996), se enfocan mayormente en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). A la hora de distinguir la calidad de vida y la CVRS, pueden existir varias dificultades, ya algunas definiciones no logran diferenciar la una de la otra, llevando esto el uso indistinto de ambos términos en la literatura (Karimi & Brazier, 2016). Para lograr esa distinción, Torrance (1987) aclaró que “la calidad de vida incorpora todos los factores que impactan en la vida de la persona, mientras que la CVRS, solo considera los factores que son parte de la salud de dicha persona”.

#### 1.3.3.4. Ventajas e inconvenientes de la VGI

El análisis de la asociación de la discriminación por edad o edadismo con otras variables ha sido una temática ampliamente difundida a lo largo de la literatura. Varios autores definen la discriminación por edad como un concepto multidimensional, considerando que las actitudes edadistas se componen de una dimensión cognitiva (estereotipos y creencias, etc.), afectiva (prejuicios y actitudes negativas) y conductual (conductas discriminatorias) (Butler, 1980; Iversen, Larsen, & Solem, 2009; Losada, 2004; Melero, 2007; OMS, 2015), además de que muchas de las creencias y estereotipos que componen la ideación edadista, caracterizadas generalmente como pérdidas, abarcan características físicas, psicológicas, sociales y funcionales (Bárcena, Iglesias, Galán, & Abella, 2009; Losada, 2004; Moreno, 2010; Rowe & Kahn, 1998; Rupp, Vodanovich, & Credé, 2005). A pesar de lo anterior, al analizar la relación de este tipo de discriminación con otras variables, en la mayor parte de los casos, dichas

variables independientes no son recogidas siguiendo la multidimensionalidad (biospico-social y funcional) promovida por el modelo psicosocial de Engel (1977) y la VGI (Rubenstein, 1987), por lo que los ESTUDIOS I & II de este trabajo nacen para dar respuesta a ese vacío metodológico en el contexto del edadismo.

A pesar de esa ausencia de estudios que hagan uso de la VGI al trabajar la discriminación por edad, múltiples estudios analizan la relación del edadismo con variables que pertenecen a estas dimensiones, eso sí, sin integrar más de una dimensión en dicho análisis, como por ejemplo: variables sociodemográficas (Blanca, Sánchez, & Trianes, 2005; Castellano 2014; Lasagni et al. 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez 2004; Sánchez, Trianes, & Blanca, 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014); físicas (Chang et al., 2020; Chiviakowsky et al., 2018; Levy et al., 2002a; 2002b; 2020; Levy & Myers, 2004; Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorff, & Smith, 2009; Moser et al., 2011; Robertson et al., 2015; Robertson & Kenny, 2016a; Sargent-Cox, Anstey, & Luszcz, 2014; Swift et al., 2012; Wolf et al., 2015; Wurm, Tesch-Romer, & Tomasik, 2007; Wurm & Benyamini, 2014), mentales (Armstrong et al., 2017; Ayalon, 2018; Freeman et al., 2016; Han & Richardson, 2015; Hess et al., 2003; Lamont et al., 2015; Levy, 1996; 2000; 2014; Levy & Langer, 1994; Lyons et al., 2018; Mazerolle et al., 2017; Robertson & Kenny, 2016a; Shin et al., 2019; Siebert et al., 2018; Sindi et al., 2012; Worm & Benyamini, 2014) y sociales (Blanca et al., 2005; Burnes et al., 2019; Chang et al., 2020; Coundin & Alexopoulos, 2010; Healy, 1993; McHugh, 2003; Palmore, 1999; Ragan & Bowen, 2001; Robertson & Kenny, 2016b; Shiovitz-Ezra, Shemesh, & McDonnell/Naughton, 2018; Vitman, Iecovich, & Alfasi, 2014; Wethington, Pillemer, & Principi, 2016). La fragilidad también se considera en el contexto del edadismo (Buckinx et al., 2018; Gale & Cooper, 2018). Aunque estos estudios hacen una contribución importante en la literatura, no dan una imagen integral de la discriminación por edad.

Si bien la VGI puede realizarse de forma no estructurada y de forma semiestructurada, permitiendo así una mayor flexibilidad y seguimiento más en profundidad (Jamarillo, 2009), la utilización de escalas de valoración validadas (entrevista estructurada) es un excelente medio para la recogida y/o evaluación de variables multidimensionales, para posteriormente analizar su relación con el edadismo de forma integrada. La VGI dispone de una amplia gama herramientas de valoración validadas, aunque actualmente, no se dispone de un consenso que establezca un patrón estándar a la hora de emplear unos instrumentos u otros durante la VGI. Estas escalas han resultado mostrar beneficios en su aplicación en la

aplicación de la VGI (Abizanda, Gallego, Sánchez, & Díaz, 2000; Domínguez-Ardila & García-Manrique, 2014; Fernández & Estévez, 2013; López, 2013):

- Mayor exactitud, objetividad y reproducibilidad a la VGI.
- Facilitan la detección de deterioro o incapacidad no reconocida previa (sensibilidad diagnóstica).
- Cuantifica el grado de deterioro, incapacidad o dependencia, definiendo el pronóstico, evolución o progresión de la patología, y añadiendo validez externa a las decisiones tomadas.
- Guía en la toma de decisiones, establecimiento de intervenciones y seguimiento más preciso.
- Evalúa la calidad de cuidados y asistencia de forma más objetiva.
- Mejor transmisión de los conocimientos e información entre los profesionales.
- Positiva para la gestión de recursos sociosanitarios, la docencia y la investigación.

Una vez enumeradas las ventajas de la utilización de escalas de valoración en la VGI, es necesario destacar varias particularidades para su correcto uso en la práctica. Rosen y Reuben (2011) dieron la importancia a la homogeneidad a la hora de utilizar estos instrumentos, añadiendo que dicha premisa facilitaría aún más la transmisión de información y conocimientos entre profesionales. Pérez y Mateos (2011) declararon fervientemente que los profesionales no deben basarse únicamente en estas escalas a la hora de establecer diagnósticos, acuñando que lo más importante es la clínica y que dichas escalas deber servir de apoyo y orientación. En el caso de no apreciar beneficios en la asistencia de los pacientes mayores, hay que evitar la sobreutilización de dichas escalas (Yates, Thein, & Ershler, 2012).

En los servicios de Geriátría en España, ha resultado haber una gran heterogeneidad en la metodología de la VGI. Destaca la utilización del índice de Barthel (74,3%) y del índice de Lawton & Brody (53,8%) a nivel funcional y del SPMSQ (56,5%) en la esfera cognitiva (Abizanda et al., 2000). Otro dato destacable de este estudio fue que solo el 48% de los centros valoró el componente social, el 46% el equilibrio, 30,8% el riesgo de padecer úlceras por presión (UPPs), 18% el estado nutricional, 7,7% los órganos de los sentidos y el 2,5% el riesgo quirúrgico, lo cual representa un factor alarmante para la asistencia del paciente mayor. Otro estudio

posterior, de nuevo a nivel estatal, reportó que el 78,4% de servicios de Geriatría hizo uso de distintas herramientas según el nivel asistencial (Flores-Ruano et al., 2014). Las escalas más utilizadas a nivel funcional en todos los niveles asistenciales fueron el índice de Barthel y el índice de Lawton & Brody, y para la valoración de la esfera mental el MMSE y el MEC (97,4%) en la valoración cognitiva, seguidas de las escalas de la dimensión afectivo-conductual (86,8%), y las referentes a la severidad del deterioro cognitivo (84,2%). El 76,3% de los centros describió como principal problema a la hora de realizar la VGI la falta de tiempo. Otro dato reseñable fue que menos de la mitad de unidades de urgencias (43,2%) hicieron uso de herramientas de VGI, mientras que en la AP, dicho porcentaje se situaba en el 69,4%, habiendo aún un elevado número de centros que no usan este sistema de valoración. La [Figura 26](#) contiene todas las escalas y cuestionarios mencionados anteriormente a lo largo de la VGI.

<b>FÍSICO/BIOMÉDICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesis</li> <li>- Exploración Física</li> <li>- Pruebas Complementarias</li> <li>- Estado Nutricional</li> </ul>
<b>FUNCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ABVD</b> → Índice de Katz, Índice de Barthel, Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja (EFCR)</li> <li>- <b>AIVD</b> → Índice de Lawton &amp; Brody</li> <li>- <b>Condición física, marcha y equilibrio</b> → Short Physical Performance Battery (SPPB), Escala de Tinetti, Test Get up and go y Dinamometría manual.</li> </ul>
<b>MENTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cognitivo</b> → Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), Short Portable Mental State Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ), Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging (FAST).</li> <li>- <b>Afectivo</b> → Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala Autoaplicada de Zung (ZSDS), Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), Escala Cornell de Depresión en la Demencia (CSDD) y Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).</li> </ul>
<b>SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Soledad de UCLA, Escala Zarit de sobrecarga al cuidador, Apgar Familiar, Escala de Soledad de Jong Gierveld, Escala OARS de recursos sociales, Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, Escala de Filadelfia de satisfacción, Láminas COOP/WONCA de calidad de vida e Indicador de Fragilidad de Tilburg.</li> </ul>
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF), Láminas COOP/WONCA de calidad de vida, Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), Perfil de Salud de Nottingham, Cuestionario de Salud SF-36 y EuroQol-5D.</li> </ul>

**Figura 26.** Escalas de valoración de la VGI por dimensión. Fte.: Elaboración propia.

Las ventajas e inconvenientes de la aplicación de la VGI han sido mencionadas en numerosas publicaciones. A continuación, en los siguientes subapartados, se

enumerarán varias de estas ventajas e inconvenientes con el fin de justificar la adopción de la metodología de la VGI en los ESTUDIOS I & II del presente trabajo.

#### *1.3.3.4.1. Ventajas*

Los primeros trabajos que estudiaron las bondades y aplicabilidad de la VGI, en su mayoría revisiones sistemáticas y metaanálisis, concluyeron que su aplicación se traducía en múltiples mejoras en la salud de paciente y en la eficiencia del uso de recursos sociosanitarios, como por ejemplo (Abizanda et al., 2000; Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill, & Langhorne, 2011; Pérez & Mateos, 2011; Rubenstein et al., 1984; Stuck, Siu, Wieland, Adams, & Rubenstein, 1993):

- Mayor exactitud diagnóstica.
- Mejor ubicación al alta.
- Adecuación en la prescripción de fármacos.
- Mejoras en el estado funcional, cognitivo y afectivo.
- Reducción del deterioro funcional y cognitivo.
- Disminución de la mortalidad.
- Menor estancia media hospitalaria.
- Reducción de la tasa de reingresos, institucionalización y en los costes médicos.
- Mayor uso de servicios domiciliarios.
- Mejoras de la calidad de vida.

Flores-Ruano et al. (2014) confirmaron las bondades la VGI en varios servicios médicos, como por ejemplo cardiología, oncología, nefrología, cirugía general, cirugía cardíaca, cirugía torácica, urgencias y AP. Respecto a la AP, la VGI logró retrasar la dependencia funcional, posponiendo a la vez la institucionalización (Stuck et al., 1995). Varios ejemplos de ventajas de la aplicación de la VGI en distintos servicios médicos detallados a continuación:

- Detección de pacientes con alto riesgo de eventos adversos perioperatorios, y a posteriori, establecer medidas de prevención frente al delirium postquirúrgico (Abete et al., 2016).

- Facilita el manejo integral del paciente mayor oncológico, reduciendo el grado de toxicidad de los medicamentos empleados y los fallos en su administración, en especial en el caso de nuevos fármacos (Corre et al., 2016).
- Permite detectar la asociación de los déficits funcionales previos a la radiación con una mayor cantidad de secuelas o síntomas tras la misma (VanderWalde et al., 2017).
- Mejor visión de las condiciones y expectativas de vida del paciente mayor antes de un reemplazo de válvula aórtica, influenciando la decisión de la intervención quirúrgica (IQ) del paciente, familiares y médicos (Álvarez-Fernández, Formiga, de Mora-Martín, Calleja, & Gómez-Huelgas, 2017).
- Después de 3 décadas, permite la racionalización de servicios, ahorro en servicios no necesarios y orienta el manejo de la realidad individual, mejorando así la calidad de vida del paciente (Pilotto et al., 2017).

#### *1.3.3.4.2. Inconvenientes*

Aunque en la práctica la VGI ha mostrado una amplia gama de beneficios tanto operacionales como en la salud del paciente mayor, esta no está exenta de dificultades y limitaciones, las cuales merman las bondades anteriormente mencionadas. He aquí varios ejemplos de limitaciones reportados en la práctica asistencial:

- Una mala implementación de la VGI y la falta de consenso del equipo interdisciplinar limitan los beneficios anteriormente mencionados en el paciente mayor, agravándose esto en pacientes con problemas o patologías irreversibles (Borok et al., 1994; Reuben et al., 1995).
- Los anteriores autores también reportaron que la ausencia de beneficios de la VGI en servicios de atención puntual, baja adhesión y sin seguimiento, empujan a que esta no sea recomendada en estos servicios.
- Además, la VGI ha resultado no ser efectiva en pacientes autónomos, con estancias hospitalarias cortas y deterioro funcional y cognitivo grave (Ellis et al., 2011; Fernández & Estevéz, 2013; Stuck et al., 1993).

- La aplicación de la VGI puede dar lugar a una carga de trabajo más elevada para el equipo de salud (Fernández & Estevéz, 2013)

## **1.4. EDADISMO O DISCRIMINACIÓN POR EDAD**

### **1.4.1. Conceptualización del edadismo**

#### 1.4.1.1. Definición de edadismo

El envejecimiento demográfico de la población, fenómeno ya descrito anteriormente en este trabajo (ver el apartado 1.1.), no hace más que confirmar la trascendencia que el edadismo o discriminación por edad ha ido adquiriendo con el paso de los años, evidenciando también la necesidad de abordar este problema. El edadismo es un término que fue definido por primera vez por Robert Butler en 1969. Ese mismo año, en Chevy Chase (Maryland), la National Capital Housing Authority compró la Regency House para construir una residencia pública para personas mayores. Ese acontecimiento empujó a la población del lugar a manifestarse en contra de la construcción de ese centro alegando que era “una residencia de lujo para viejos que no están acostumbrados al lujo”. Aquella conducta hizo reflexionar a Butler sobre la conducta de aquellos manifestantes, los cuales se posicionaban claramente en contra de las personas mayores e introdujo su propio término para defender semejante comportamiento, bautizándolo como “edadismo”. El edadismo, fue definido como “el perjuicio de un grupo de edad sobre otro grupo de edad” (Butler, 1969). Butler también describió el contexto que rodeaba a ese concepto, describiendo la jubilación como el primer término asociado a la “ancianidad”, el cual se traduce en la “vulnerabilidad” de la persona mayor y la posibilidad de que el edadismo sea padecido por otros grupos de edad, haciendo mención de la desconfianza de los jóvenes en los mayores de 30 años y viceversa. Años más tarde, concretamente en 1975, Butler confeccionó una definición más precisa del edadismo, describiéndolo como “conjunto de estereotipos sistemáticos y discriminatorios en contra las personas por su edad, así como el racismo y el sexismo lo hacen con la raza y género” (Butler, 1975). Esta última definición, según Iversen et al. (2009), ha sido adoptada por gran variedad de trabajos y autores a lo largo de la literatura.

El edadismo, a día de hoy, es considerado como la tercera gran forma de discriminación o “tercer istmo”, posicionándose tras el racismo y el sexismo (Losada, 2004; Palmore, 1999; Rupp et al., 2005). La principal característica que distingue a la discriminación por edad del racismo y del sexismo es la dificultad a la hora de distinguir al beneficiado del oprimido, es decir, mientras que las 2 otras formas de discriminación distinguen de forma clara la figura del opresor y del oprimido, el edadismo no lo hace, dado que cualquier individuo o grupo de edad de la sociedad puede aceptar y ejercer la discriminación por edad, desde personas jóvenes, familiares

y profesionales sociosanitarios, hasta el mismo grupo de edad víctima de la misma, en este caso las personas mayores (Calasanti, 2016; Levy & Banaji, 2002; Palmore, 2003). No hay motivo para situar al edadismo detrás del racismo y el sexismo, ya que hay estudios que sitúan la prevalencia de la primera por encima de las otras 2. La Encuesta Social Europea (ESS) estableció la discriminación por edad como la forma de discriminación más frecuente, superando al racismo y al sexismo (Abrams y Swift, 2012). En palabras de Allen (2016), Palmore (2004) reportó en su trabajo que el 89% de los mayores refería haber padecido discriminación por edad, suponiendo de nuevo esto una mayor prevalencia del edadismo en comparación con el racismo y el sexismo. Otro estudio, como es el de Nosek, Banaji y Greenwald (2002), incidieron de nuevo en una mayor prevalencia de la discriminación por edad en comparación al resto de tipos de discriminación.

Aunque no existe consenso sobre la prevalencia de la discriminación por edad, según diversos autores, históricamente, la percepción del envejecimiento de las sociedades occidentales ha sido tradicionalmente negativa (Aristizábal-Vallejo, Morales, Salas, & Torres, 2009; Butler, 1975; Kite & Johnson, 1988; Kite, Stockdale, Whitley, & Johnson, 2005; Palmore, 1977; 1980). La prevalencia del edadismo en personas mayores de la comunidad va desde el 10,4% de personas que refieren sufrir edadismo a diario (Han & Richardson, 2015), hasta el 96-97% de personas mayores que refieren haberlo sufrido en algún momento (Barber & Tan, 2018). En cuanto a las cifras que se manejan en personas mayores en el contexto sanitario, la prevalencia de la discriminación por edad se mueve entre el 10% reportado por Phibbs y Hooker (2018), hasta el 31% referido por Shin et al. (2019). Un estudio reciente reportó que las cifras de prevalencia variaban considerablemente en muestras pequeñas y no representativas (Wilson, Errasti-Ibarrondo, & Low, 2019). A su vez, dicho trabajo identificó también 25 herramientas de evaluación del edadismo, de las cuales solo 6 fueron usadas para estimar la prevalencia de la discriminación por edad, centrándose esta en experiencias autoevaluadas de la edad o actitudes y acciones hacia las personas mayores.

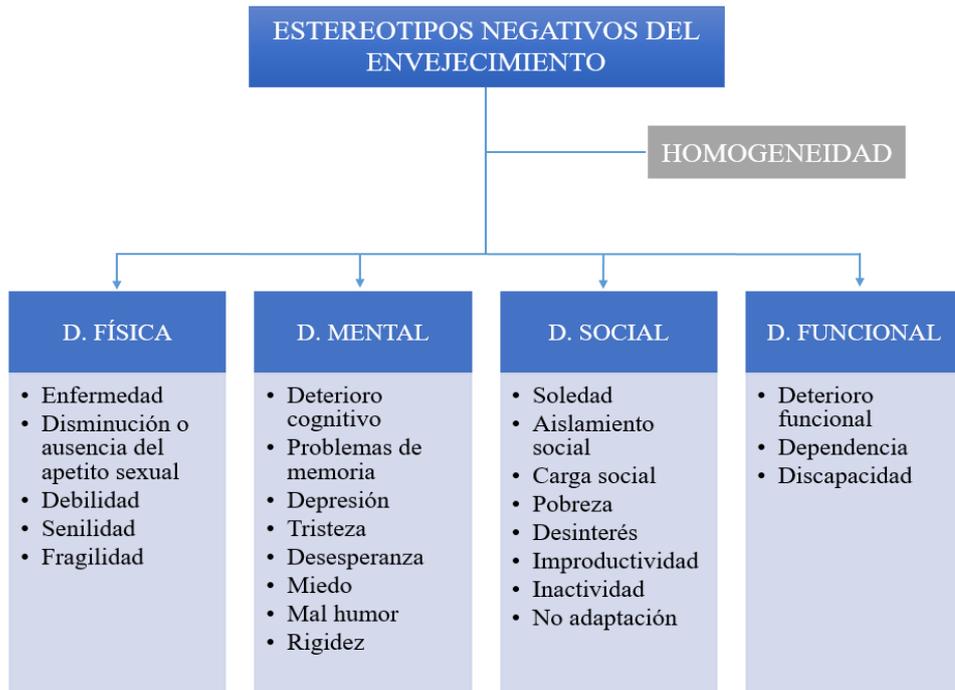
Schmidt y Boland (1986) y Hummert, Garstka, Shaner y Strahm (1994) detectaron varios de los estereotipos del envejecimiento más frecuentes en personas jóvenes, de mediana edad y mayores, subdividiéndolos a su vez en 4 subtipos distintos. En primer lugar, estaban los estereotipos referentes al deterioro severo, los cuales incluían a la lentitud en el pensamiento, la incompetencia, la debilidad, la incoherencia, la inarticulación y la senilidad. En segundo lugar, los estereotipos de abatimiento consideraban la depresión y tristeza, la desesperanza, el miedo, la

negligencia y a la soledad. En tercer lugar, el subtipo denominado “musaraña y cascarrabias”, tomaba dentro de sí estereotipos como las quejas, el mal humor, los prejuicios, la exigencia, el egoísmo, los celos, la terquedad y la intromisión. Finalmente, entre los estereotipos referentes a la reclusión de la persona mayor se encuentran la tranquilidad, la timidez y la ingenuidad (Hummert, 2011).

Un estudio a comienzos de los años 90 estimó que los 10 estereotipos del envejecimiento más frecuentes en los Estados Unidos fueron la senilidad, el aislamiento familiar, la mala salud, ser víctimas de crímenes, la pobreza, la carga social para el sistema sanitario, la escasa productividad, la jubilación, el desinterés, la desapetencia sexual y la vida en residencia (Kart, 1990).

Entre los estereotipos del envejecimiento más habituales en nuestro entorno podemos encontrar: la homogeneidad del colectivo de personas mayores, la enfermedad, la dependencia funcional y fragilidad típicas del proceso de envejecer, la lentitud, la soledad y el aislamiento social, el mal carácter, el predominio de la depresión en esta población, los problemas de memoria predominantes en esta etapa de la vida, la rigidez y los problemas de adaptación al entorno y a los cambios, la inactividad e improductividad tras la jubilación, la imposibilidad de aprender cosas nuevas, la ausencia o disminución del apetito sexual, etc (Godoy, Romero, & Serrano, 2017; Portal Mayores, 2012).

Todas estas creencias y estereotipos negativos que componen el edadismo se identifican generalmente con conceptos como la homogeneidad, las pérdidas físicas, psicológicas, sociales y funcionales, pasividad, dependencia, pobreza, aislamiento, etc. (Moreno, 2010), haciendo esto alusión al carácter multidimensional de la concepción edadista, dado que estas creencias y estereotipos abarcan las principales dimensiones que componen a la persona mayor (Hummert, 1990; Kornadt & Rothermund, 2011; Numbers, Barnier, Harris, & Meade, 2019). Y es que todas estas creencias negativas, aunque sean aceptadas en la sociedad, no son más que meros mitos, ya que no se ven respaldadas por la investigación (Bárcena et al., 2009; Losada, 2004; Rowe & Kahn, 1998). A continuación, en la [Figura 27](#), son incluidas varias de las creencias y estereotipos del envejecimiento más frecuentes en la actualidad, distribuidas por las dimensiones que conforman al ser humano según el modelo biopsicosocial de la salud (Engel, 1977) y la VGI (Rubenstein, 1987), es decir, la dimensión física, mental, social y funcional:



**Figura 27.** Estereotipos negativos del envejecimiento según la dimensión física, mental, social y funcional de la persona mayor. Fte.: Elaboración propia.

El presente trabajo dispone de un apartado específico para desmentir varios de los estereotipos más frecuentes del envejecimiento (ver el apartado 1.4.4.), los cuales, en este caso, son representados como ítems del CENVE, herramienta utilizada para la evaluación de la variable dependiente de los ESTUDIOS I, II & III, es decir, los estereotipos negativos del envejecimiento, ideas preconcebidas que forman parte de la dimensión cognitiva del edadismo (ver el apartado 1.5.1.1.6.).

#### 1.4.1.2. Dimensión cognitiva, afectiva y conductual del edadismo

Si bien la ideación edadista abarca aspectos físicos, mentales, sociales y funcionales de la persona mayor, el edadismo, como concepto, también es concebido como un tipo de discriminación multidimensional, dado que la actitud edadista se compone de una dimensión cognitiva, afectiva y conductual. De esta forma, el edadismo podría manifestarse en forma de estereotipos y creencias (dimensión cognitiva), prejuicios (dimensión afectiva), y conductas discriminatorias e intenciones de conducta (dimensión conductual) (Butler, 1980; Iversen et al., 2009; Losada, 2004; Melero, 2007). De hecho, la definición de la OMS (2015) del edadismo también incluye estos 3 componentes del edadismo: “La discriminación por edad abarca los estereotipos y la discriminación contra personas por su edad. Puede tomar varias

formas, como por ejemplo actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias o políticas y prácticas institucionales que perpetúan las creencias estereotipadas”. Para una mejor comprensión del componente cognitivo, afectivo y conductual, a continuación, se definirán los conceptos de los estereotipos, los prejuicios, y las conductas, estableciendo también diferencias entre dichos términos.

#### *1.4.1.2.1. Estereotipos del envejecimiento – componente cognitivo del edadismo*

Según la Real Academia Española (RAE), los *estereotipos* son “imágenes o ideas aceptadas comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable” (Real Academia Española [RAE], 2014a). Esta definición se torna incorrecta al hacer mención a la característica de inmutabilidad del estereotipo, dado que existen gran variedad de estudios e intervenciones (educativas, contacto intergeneracional, etc.) que han logrado reducir el número de estereotipos negativos del envejecimiento, y por tanto, mejorar la percepción sobre el mismo (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015).

En palabras de Barón y Byrne (2005), los estereotipos son “creencias sobre características o rasgos compartidos por miembros de un grupo social concreto, y los rasgos típicos o modales de quienes forman parte de esos grupos”. A su vez, Kornadt y Rothermund (2011) definieron los estereotipos de la edad como “representaciones mentales de un grupo de edad concreto sobre las principales características, comportamientos, cambios y situaciones de vida del mismo grupo de edad u otros”.

Cuando los estereotipos, ideas o creencias del envejecimiento son expuestos a connotaciones de valoración, ya sean positivas o negativas, estos se transforman en actitudes o prejuicios, pudiendo dar lugar los últimos a conductas discriminatorias hacia un grupo social concreto (Malangón, Amador, & Mateos, 2001; Montoro, 1998). Varios de los estereotipos más comunes propios de la discriminación por edad han sido enumerados en la [Figura 27](#) del anterior subapartado (ver el apartado 1.4.1.1.).

#### *1.4.1.2.2. Prejuicios hacia el envejecimiento – componente afectivo del edadismo*

La RAE define los *prejuicios* como “opinión previa y tenaz, generalmente desfavorable, sobre algo que se conoce mal” (RAE, 2014b). Según Jiménez-Frías

(2002), el prejuicio es “una actitud hostil o desconfiada no justificada hacia una persona por el hecho de pertenecer a un grupo social concreto”. Los prejuicios promueven la pérdida de características personales e individuales de un grupo social, dándose así la exclusión social y la discriminación (Muñoz, 2005).

Un factor que puede estar relacionado con la formación de prejuicios sobre el envejecimiento surge del miedo a envejecer y a la muerte (de Miguel & Castellano, 2012; Greenberg, Pyszczynski, & Salomon, 1986; Nelson 2002). Al igual que sucede con los estereotipos negativos del envejecimiento, la educación y el contacto intergeneracional han resultado ser un medio útil a la hora de reducir el miedo a envejecer y en la promoción de actitudes positivas, por lo que el abordaje de los prejuicios también es posible (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015; Shima, Emamian, & Sefidchian, 2016).

Una forma útil de evaluar el componente afectivo del edadismo, formado principalmente por actitudes y prejuicios, son los adjetivos bipolares, los cuales son implementados en varias de las principales escalas disponible para tal fin, como son el el aging semantic differential (ASD) (Rosencranz & McNevin, 1969), su versión validada al castellano, el diferencial semántico del envejecimiento (DSE) (Villar, 1997) o la escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV) (de Miguel & Castellano, 2012).

Para una correcta comprensión de las actitudes edadistas, es necesario diferenciar los *estereotipos* y *prejuicios* entre sí, ya que en la práctica, estos conceptos pueden confundir al lector. Primero, mientras que los *estereotipos* son creencias descriptivas generalizadas sobre un grupo social específico que pueden dar lugar a prejuicios, los *prejuicios* son una actitud negativa fruto del estado afectivo-emocional de una persona hacia otra persona (de Miguel & Castellano, 2012; Vicente, 1999). Segundo, los estereotipos pertenecen al plano cognitivo (creencias) y los prejuicios requieren de una valoración o juicio previo, para que posteriormente se de una conducta de rechazo. De esta forma, los estereotipos edadistas pueden ser positivos o negativos, mientras que el prejuicio, únicamente puede ser negativo (Jiménez-Frías, 2002).

*1.4.1.2.3. Conductas discriminatorias hacia las personas mayores – componente conductual del edadismo*

Las *conductas* edadistas, tal y como se ha mencionado en este mismo apartado, son los comportamientos producto de los estereotipos y los prejuicios, los cuales discriminan a la persona por el mero hecho de su edad (Malangón et al., 2001; Montoro, 1998; Muñoz, 2005). La RAE (2014c), a su vez, define la conducta como “la manera en la que las personas se comportan en su vida y acciones”. Mientras que los estereotipos y los prejuicios actúan a nivel micro, donde sucede la comprensión del edadismo, las conductas discriminatorias están presentes a nivel micro (individual), meso (relaciones sociales) y macro (institución y cultura) (Hagestad & Uhlenberg, 2005; Iversen et al., 2009; McGowan, 1996; Palmore, 1999).

Varias conductas discriminatorias presentes en nuestro medio son la exclusión social (Bugental & Hehman, 2007), los despidos y jubilaciones forzadas (Harris, Krygsman, Waschenko, & Laliberte-Rudman, 2018), las microagresiones en el entorno familiar (Gordon, 2020), la negación al acceso a servicios y tratamientos de servicios de salud (Chang et al., 2020), la representación negativa y estereotipada de las personas mayores en los medios de comunicación, etc (Loos & Ivan, 2018).

Es destacable que las conductas discriminatorias hacia las personas mayores se han disparado durante la pandemia de la COVID-19, donde es representada dicha enfermedad como “un problema de salud de personas mayores”, divulgando a su vez una imagen de mayor vulnerabilidad de la persona mayor frente al patógeno debido a su elevada mortalidad en dicho grupo de edad, y promoviendo, en especial, el aislamiento social y la soledad de los mayores. Aun así, esta atribución de la enfermedad únicamente a los mayores ha aumentado aún más las tensiones intergeneracionales, ya que las personas más jóvenes se ven así mismas como invulnerables ante el patógeno (Ayalon, 2020; Brooke & Jackson, 2020; Fraser et al., 2020).

Ayalon et al. (2019), cita a Iversen et al. (2009) para distinguir de una forma ilustrativa estos 3 componentes de la actitud edadista: componente cognitivo – “las personas mayores son una carga para la sociedad”; componente afectivo – “no disfruto de las conversaciones con las personas mayores”; y componente conductual – “no voy a interactuar con las personas mayores”. En la [Figura 28](#) se

enumeran varios ejemplos de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias y su direccionalidad en el proceso de adopción de actitudes edadistas.



**Figura 28.** Direccionalidad y ejemplos de los estereotipos, prejuicios y conductas de la actitud edadista. Fte.: Elaboración propia.

#### 1.4.1.3. Adquisición de actitudes edadistas

El edadismo y las actitudes discriminatorias hacia la vejez han demostrado poder adquirirse y manifestarse de forma explícita o consciente, y de manera implícita o inconsciente a través de pensamientos (estereotipos y creencias) y conductas (o intenciones de conducta) (Giles, Fox, Harwood, & Williams, 1994; Levy & Banaji, 2002). La adquisición y/o activación de actitudes negativas hacia el envejecimiento, desde un principio, viene implícita a la hora de abordar y considerar varias de las múltiples teorías del envejecimiento, especialmente cuando se trata de las teorías sociales sobre el mismo (ver el apartado 1.2.2.4.):

- La *Teoría de la Desvinculación* de Cumming y Henry (1961), la cual atribuye diversos beneficios a la desvinculación social normativa adoptada por la totalidad de las personas mayores, no es más que un claro ejemplo de estereotipia implícita de las personas mayores dentro de sus relaciones sociales, dado que el aislamiento social y la soledad se han visto traducidas a lo largo de la literatura en diversos problemas de salud (Courtin & Knapp, 2015; Leigh-Hunt et al., 2017; Steptoe et al., 2013).
- La *Teoría de la Subcultura* (Rose, 1962), que acepta la homogeneidad del colectivo de personas mayores asignando a estas valores, actividades, creencias, comportamientos y preferencias distintivas a su grupo, también se fundamenta de manera implícita en estereotipos negativos del envejecimiento, siendo esto más evidente al demostrar que el colectivo de personas mayores es un grupo heterogéneo (SEGG, 2020a).

- La *Teoría de la Estratificación por Edades* (Riley et al., 1972), erra de la misma forma que la teoría de la subcultura de Rose (1962), pero en este caso al agrupar a las personas por distintos grupos de edad y atribuyéndoles a cada una un rol específico según su edad, ya que, como se ha especificado en la teoría anterior, las personas mayores son un grupo heterogéneo que vive su envejecimiento de forma totalmente distinta (Lowsky et al., 2014; Mitnitski et al., 2017).

Con el paso de los años han ido surgiendo diferentes conceptos y teorías sobre la adquisición y/o activación de estereotipos y actitudes edadistas, entre los que destacan la *teoría de la amenaza del estereotipo (STT)* (Steele & Aronson, 1995; Steele, 2010), la *teoría de la encarnación del estereotipos (SET)* (Levy, 2009) y un *modelo integrado* que combina 3 teorías para explicar su causa a nivel individual (Lev, Wurm, & Ayalon, 2018). Estas teorías serán desarrolladas en los siguientes subapartados.

#### *1.4.1.3.1. Teoría de la amenaza del estereotipo (STT)*

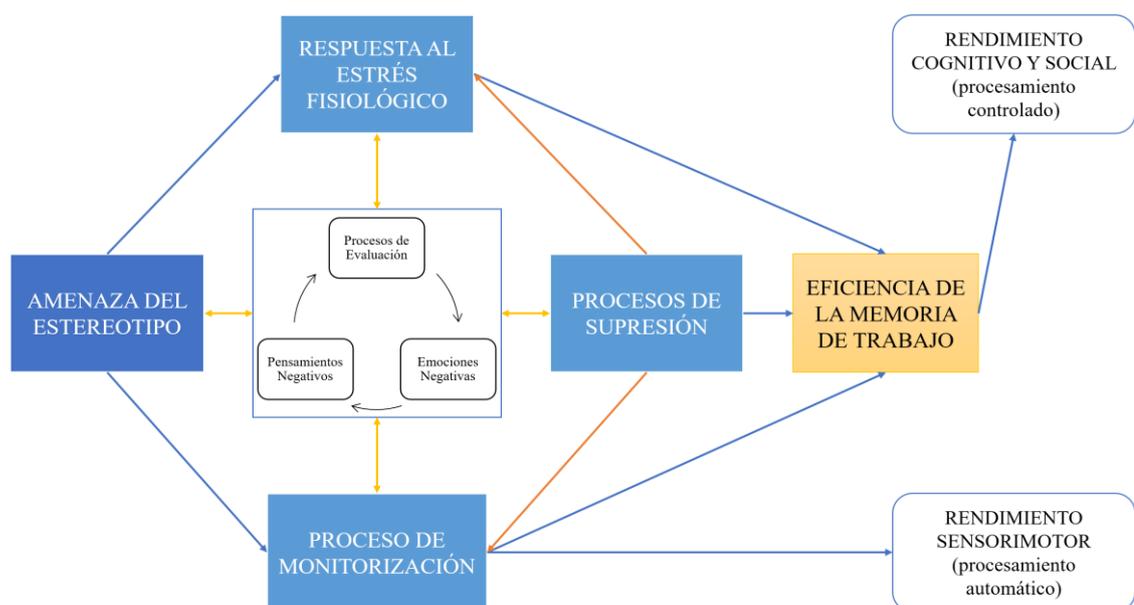
Esta teoría, enunciada en inglés como “Stereotype Threat Theory” (STT), es definida como “una amenaza psicológica con premisas sociales producto de una situación o acto en la que se aplican estereotipos negativos sobre un grupo social, pudiendo reconocer dicho grupo los estereotipos atribuidos al mismo y reportar aprensión y temor por confirmar esos estereotipos al participar en actividades concretas” (Steele & Aronson, 1995). De esta forma, las personas mayores tienden a tener un rendimiento inferior en comparación con su potencial real, ajustándose de esta forma al estereotipo o expectativa del envejecimiento y traducándose de esta manera en una especie de “profecía autocumplida” (Abrams, Eller, & Bryant, 2006; Aronson, 2002; Barber & Mather, 2014). He aquí varias de las consecuencias producto de la amenaza del estereotipo:

- La aplicación de estereotipos negativos del envejecimiento sobre personas mayores se ha visto traducida en un deterioro de la memoria y del rendimiento cognitivo independientemente del sexo y la edad de los individuos (Armstrong et al., 2017; Hess et al., 2003; Lamont et al., 2015; Levy, 1996).
- Otro estudio elaborado en el año 2015 añadió que, además de afectar a la dimensión cognitiva, la implantación de estereotipos negativos del envejecimiento en personas mayores influye negativamente en la

autopercepción del envejecimiento (SPA), en el rendimiento físico, en la capacidad de recuperación frente a la enfermedad, limitando los comportamientos saludables (actividades físicas, cognitivas y sociales) y reduciendo la esperanza y la calidad de vida (Dionigi, 2015).

- Según Levy, Slade y Gill (2006), los estereotipos negativos del envejecimiento afectan negativamente a la percepción sensorial, concretamente a la audición selectiva, siendo las personas mayores que presentan más estereotipos negativos del envejecimiento las que reportan una peor audición selectiva a los 36 meses de participar en el estudio.
- En otro estudio posterior de Levy et al. (2008), los estereotipos negativos del envejecimiento generaron una mayor susceptibilidad al estrés entre los mayores afroamericanos, siendo la respuesta cardiovascular al estrés significativamente más elevada, al evaluar la PA y la FC después de realizar las pruebas cognitivas.

Para una explicación más completa del fenómeno de la amenaza del estereotipo, es de gran interés mencionar el modelo del proceso integral de la amenaza del estereotipo de Schmader, Johns y Forbes (2008), los cuales argumentan que la amenaza del estereotipo interrumpe el rendimiento a través de 3 mecanismos diferentes y relacionados entre sí: la respuesta al estrés fisiológico que perjudica al procesamiento frontal (1); la tendencia del individuo a monitorear activamente el propio rendimiento (2) y los esfuerzos para suprimir pensamientos y emociones negativas que afecten a la autorregulación (3) (ver [Figura 29](#)).



**Figura 29.** Modelo del proceso integral de la STT. Fte.: Elaboración propia a partir de Schmader et al. (2008).

*1.4.1.3.2. Teoría de la encarnación del estereotipo (SET)*

La teoría de la encarnación del estereotipo, más comúnmente conocida como la “Stereotype Embodiment Theory” (SET), es una teoría introducida por Levy (2009), la cual describe como las personas, desde edades tempranas, interiorizan estereotipos del envejecimiento a lo largo de su vida, actuando dentro del individuo inconscientemente y ganando relevancia para el mismo con el paso del tiempo a través de distintas vías: psicológica, conductual y fisiológica.

- Según la vía psicológica, los estereotipos del envejecimiento generan distintas expectativas sobre el propio envejecimiento que actúan como profecías autocumplidas (Levy & Leifheit-Limson, 2009). Bajas expectativas del envejecimiento se han asociado a bajos niveles de actividad física, por lo que dichas expectativas representan una barrera para comportamientos saludables (Andrews et al., 2017; Sarkisian, Prohaska, Wong, Hirsch, & Mangione, 2005a).
- La vía conductual toma en consideración las prácticas saludables. La aceptación de estereotipos negativos, y por ende, una autopercepción negativa del envejecimiento, establece la creencia de que todos los problemas de salud son una consecuencia inevitable del envejecimiento (Levy & Myers, 2004). Al contrario de lo anterior, la teoría de la actividad (Havighurts, 1963; Havighurts et al., 1963), teoría social del envejecimiento citada anteriormente en este trabajo (ver el apartado 1.2.2.4.), destaca que la actividad permite a la persona mayor tener una autopercepción más positiva del envejecimiento. Unido a esto, los programas de envejecimiento activo promueven una percepción del envejecimiento más positiva en personas mayores, (Mendoza-Ruvalcaba & Fernández-Ballesteros, 2016; Minichiello et al., 2000; Walker, 2002). El rol protector de las conductas saludables frente a las autopercepciones negativas del envejecimiento (Levy & Myers, 2004) evidencian que la trascendencia de los estereotipos puede ser frenada.
- El sistema nervioso autónomo, el cual responde al estrés del entorno, forma parte de la vía fisiológica. Buen ejemplo de ello es el estudio elaborado por Levy et al. (2008), el cual estimó que las personas mayores sometidas a estereotipos negativos reportaron una respuesta cardiovascular más descompensada frente al estrés que los expuestos a estereotipos positivos. Estos mecanismos frente al estrés fisiológico

también son mencionados en la concepción del modelo del proceso integral de la STT de Schmader et al. (2008), por lo que, de una u otra forma, la encarnación de estereotipos podría estar relacionada con la amenaza del estereotipo, dado que ambas pueden funcionar como fuentes psicológicas, cognitivas y fisiológicas de estrés (Allen, 2016).

La STT y la SET no son las únicas teorías que hacen mención del rol como estresante de los estereotipos del envejeciendo. Geronimus (1992), en esta ocasión en el contexto del racismo, presentó la *hipótesis de la meteorización*. Esta hipótesis contempla que el estrés crónico acumulativo, tanto objetivo (entorno), como el subjetivo (estereotipos negativos), alteran el curso de la vida y afectan la biología del cuerpo, provocando un deterioro y envejecimiento prematuro. Otros autores, como es el ejemplo de Hooker, Mejía, Phibbs, Tan y Stevens (2019), y Levy, Pilver y Pietrzak (2014), describieron el edadismo como un estresante crónico con múltiples consecuencias negativas en la salud física, en el estado de ánimo, en el rendimiento cognitivo y en la actividad social de las personas mayores.

#### *1.4.1.3.3. Modelo integrado del edadismo*

Para explicar la causa del edadismo a nivel individual tanto en jóvenes como en mayores, Lev et al. (2018) elaboraron un modelo integrado que constó de la integración de 3 teorías ampliamente utilizadas a la hora de estudiar la discriminación por edad. La primera es la *teoría de la gestión del terror*, en inglés llamada “*Terror Management Theory*” (TMT) (Greenberg et al., 1986). Según esta teoría, los seres humanos poseen distintas habilidades cognitivas que les hacen conscientes de sí mismos. Esta consciencia incluye la vulnerabilidad y mortalidad propias de la persona, la cual puede dar lugar a un terror paralizante. El envejecimiento, el cual, en las sociedades occidentales está asociado a la vulnerabilidad y a la muerte (Butler, 1969), puede traducirse en forma de ansiedad por la muerte si esta gestión del terror fracasa. Debido a la ansiedad por la muerte, el individuo, joven o mayor, interioriza inconscientemente múltiples estereotipos y creencias erróneas sobre las personas mayores acorde a la SET, teoría explicada en el anterior subapartado (Levy, 2009) (ver el apartado 1.4.1.3.2.).

Posteriormente, la *teoría de la identidad social* o “*Social Identity Theory*” en su inglés (Tajfel & Turner, 1979), estima que el individuo se comporta en base a sus características personales y relaciones interpersonales, sin olvidar, que siempre

lo hace de la forma en que lo hacen los miembros de su grupo o categoría social, existiendo de esta forma 2 tipos de comportamientos: el comportamiento interpersonal y el comportamiento intergrupalo. Las personas, de esa forma, buscan tener una identidad propia positiva, tratando de lograrla demostrando rasgos distintivos positivos tanto dentro de su grupo como fuera del mismo. El grupo de personas mayores, esta idealizado con un status bajo (Lev et al., 2018), por lo que la persona abraza el edadismo o el autoedadismo.

La última parte de este modelo hace referencia al autoedadismo y a los intentos de la persona de protegerse de las consecuencias de la amenaza de la muerte y del propio envejecimiento. La persona adopta estrategias temporales como adjudicarse una menor edad subjetiva (Kotter-Grühn et al., 2016) o adoptar comportamientos saludables como los propios del envejecimiento activo, este último útil para mejorar la percepción del envejecimiento (OMS, 2015; Mendoza-Ruvalcaba & Fernández-Ballesteros, 2016). Cuando el deterioro físico es inevitable, las personas mayores ponen en práctica estrategias adaptativas a largo plazo con el fin de mantener su autoestima. Ejemplo de ello es la aceptación del deterioro físico de la vejez y tomar como suyas visiones del mundo que potencien la autoestima y el significado de la propia vida (Cosco, Prima, Perales, Stephan, & Brayne, 2013; Kahana, Kelley-Moore, & Kahana, 2012; Lev et al., 2018). El modelo integrado del edadismo es ilustrado en la [Figura 30](#):

Teoría de la Gestión del Terror

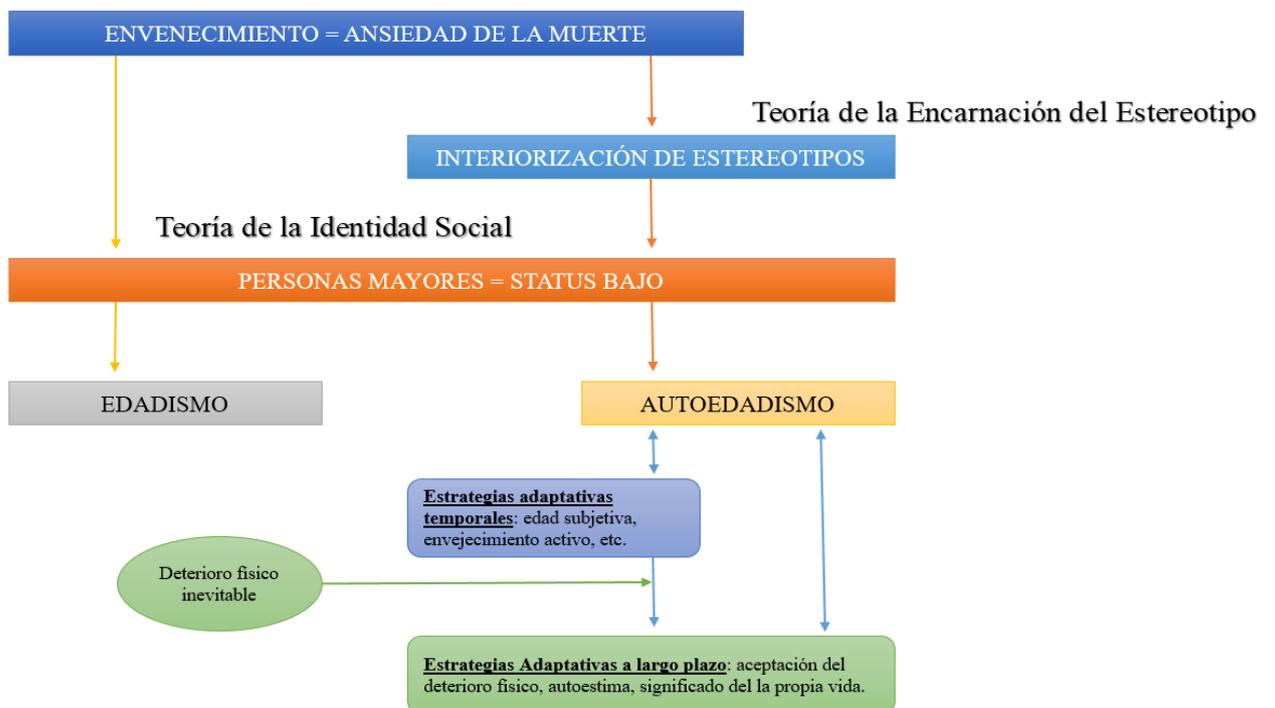


Figura 30. Modelo integrado del edadismo. Fte.: Elaboración propia a partir de Lev et al. (2018).

#### 1.4.1.4. Edadismo positivo

Aunque la mayoría de las definiciones del edadismo conciben el término desde un enfoque negativo (Iversen et al., 2009), a finales de la década de los 90, Palmore hizo mención de un tipo positivo de edadismo, el cual fue presentado como “un tipo de discriminación por edad que atribuye a las personas mayores múltiples características y cualidades positivas que en ocasiones no pueden cumplir, lo que se traduce en un comportamiento paternalista hacia ellos”. A pesar de la naturaleza positiva de los estereotipos y creencias que conforman esta vertiente positiva del edadismo, estas, al igual que las propias del edadismo negativo, no son más que creencias erróneas que dan lugar al despliegue de distintas actitudes y conductas discriminatorias hacia las personas mayores (Palmore, 1999). Roy y Hardwood (1997) añadieron que, aunque las representaciones de las personas mayores sean positivas, dichas representaciones no suprimen mensajes edadistas, ya que estas caracterizan a la persona mayor de forma cómica y burlesca. En la [Figura 31](#) se ilustran varios de los estereotipos más comunes del edadismo positivo:



**Figura 31.** Estereotipos positivos del envejecimiento. Fte.: Elaboración propia a partir de Palmore (1999).

La teoría social de la *gerotranscendencia* (Tornstam, 1989), (ver el apartado 1.2.2.4.), previa al edadismo positivo, prefirió dotar al proceso de envejecer de un enfoque positivo, atribuyendo a las personas mayores cualidades como la madurez y la sabiduría, características que posteriormente formaron parte del ideario del edadismo positivo (Palmore, 1999). Tanto la gerotranscendencia como el edadismo positivo beben de la concepción platónica del envejecimiento, promovida por Platón en su obra

“*República*” (370 a.C.) (ver el apartado 1.2.2.1.), escrito donde dotó a las personas mayores de características como la prudencia, la discreción, la sagacidad y el buen juicio (Anton, 2016; Carbajo, 2008; Jiménez-Alfaro, 2015).

#### *1.4.1.4.1. Teoría del impulso del estereotipo (SBT)*

La teoría del impulso del estereotipo, en inglés “*Stereotype boost theory*” (SBT) (Shih, Pittinsky, & Ho, 2012), es presentada como la contraparte de la STT. Esta teoría examina como la activación de estereotipos positivos del envejecimiento pueden mejorar el rendimiento de la persona mayor. Estos autores evidenciaron varios de los mecanismos potenciales que pueden justificar la mejora del rendimiento promovida por los estereotipos positivos: reducción de la ansiedad (1); aumento de la eficiencia en el procesamiento neuronal (2); y activación de procesos ideomotores (3); concluyendo que los hallazgos del impulso del estereotipo no son generalizables a la amenaza del estereotipo, por lo que ambas deben ser abordadas por separado. Varios de los beneficios de la implantación de estereotipos positivos en personas mayores son los siguientes:

- Las personas mayores sometidas a estereotipos positivos del envejecimiento tenían un 44% más de probabilidades de recuperarse por completo de la discapacidad severa en comparación de los individuos sujetos a estereotipos negativos, incluyendo una progresión más lenta de la dependencia en las ABVD (Levy, Slade, Murphy, & Gill, 2012b). Otros estudios también reflejaron mejoras en el equilibrio (Chiviakowsky et al., 2018) y en la velocidad de la marcha (Hausdorff et al., 1999).
- Según Levy et al. (2014), la función física mejoró en un grupo de personas mayores a las que se les infundió subliminarmente estereotipos positivos del envejecimiento. De acuerdo con lo anterior, Sargent-Cox, Anstey y Luszcz (2012) concluyeron también que los estereotipos positivos pueden ser un factor protector de la función física frente al deterioro funcional.
- Las personas mayores a las que se les infundieron estereotipos positivos del envejecimiento tuvieron una mejor respuesta cardiovascular al estrés que las sometidas a estereotipos negativos del envejecimiento (Levy et al., 2008).

- La activación de estereotipos positivos del envejecimiento ha permitido mejoras en puntuaciones de la memoria (Abrams et al., 2006; 2008; Lamont et al., 2015; Lee & Lee, 2018) y un estilo de escritura menos deteriorado (Levy, 2000).
- La administración de estereotipos positivos de personas mayores han permitido mejoras en la SPA de las personas mayores, permitiendo a estas percibir su propio envejecimiento con más oportunidades y menos limitaciones que las personas con estereotipos negativos (Barber & Tan, 2018). Este mismo estudio también concluyó que las personas mayores del grupo de estereotipos positivos tuvieron un mejor estado anímico que los participantes del grupo de estereotipos negativos.
- Los participantes del grupo de estereotipos positivos mostraron menores niveles de soledad que los del grupo de estereotipos negativos, presentando los primeros también menores conductas de pasividad (Coudin & Alexopoulos, 2010).

A pesar de los beneficios reportados por los estereotipos positivos del envejecimiento a través de distintas intervenciones, es innegable que los estereotipos típicos de esta vertiente del edadismo, al igual que los estereotipos negativos del envejecimiento, no se adaptan a la realidad de las personas mayores (Palmore, 1999; Roy & Hardrood, 1997). Se requiere de una visión realista y equilibrada del envejecimiento que promueva la aceptación del propio envejecimiento de la persona, ya que, en palabras de Palmore (1990), “los estereotipos dificultan el avance social y un trato justo a las personas mayores, perturbando a su vez la realidad sobre este colectivo, y sin tener una base científica” (Losada, 2004; Moreno, 2010).

#### *1.4.1.4.2. Ambigüedad cultural del edadismo, miedo y fenómeno de invisibilidad*

El contraste entre estereotipos negativos y positivos presentes en la sociedad actual no hace más que demostrar que el edadismo es un tipo de discriminación sujeta a una ambigüedad cultural pronunciada. Según Gil-Calvo (2002), las sociedades occidentales son, por un lado, encarecidas, protegiendo a las personas mayores a través del gasto público, los servicios sociales, las pensiones, etc., y por otro lado, encarnecida, humillando moralmente a las personas mayores mediante estereotipos. Otro factor que destaca aún más que esta ambigüedad

cultural del edadismo es la creencia de que tener una vida larga es sinónimo de éxito, chocando esto con la visión principalmente negativa que tiene la sociedad sobre el proceso de envejecer (International Longevity Center [ILC], 2009).

El miedo al envejecimiento y a la propia muerte puede ser un factor causante de la dicotomía existente en la percepción del envejecimiento. Calasanti (2016) reportó que las personas mayores se preocupaban especialmente por su capacidad de control en el proceso de envejecimiento exitosamente, anteponiéndose así la ansiedad por envejecer y el edadismo frente a dicho proceso. De esa forma, las personas mayores expresan miedo o temor a envejecer, a la marginación, a la pérdida de poder o a sentirse invisible frente a los demás.

El fracaso del envejecimiento exitoso es una situación ampliamente mencionada en diversas teorías psicológicas del envejecimiento, como es el ejemplo de la *teoría del desarrollo psicosocial de Erikson* (Erikson, 1963; 1968), la *teoría individualista de Jung* (Jung, 1933; Jung & von Franz, 1964) y la *teoría del desarrollo de tareas y vejez de Peck* (Peck, 1956; 1968) (ver el apartado 1.2.2.3.):

- En la etapa de vejez/madurez de Erikson, cuando la persona mayor hace una introspección, el no cumplimiento de metas previas, traducida en la no aceptación del propio individuo se traduce en la desesperación, perdiendo así la persona mayor el significado por la propia vida.
- Según Jung (1960), en la vejez, cuando el deterioro y las pérdidas del envejecimiento se anteponen a la persona, y esta no acepta su pasado ni sus limitaciones actuales, el envejecimiento exitoso fracasa.
- El predominio de la preocupación laboral, la preocupación sobre el cuerpo y la preocupación del ego frente a la diferenciación del ego, la transcendencia del cuerpo y la transcendencia del ego respectivamente, en la teoría de Peck, no hace más que enfatizar el fracaso de la persona mayor en el proceso de adaptación y aceptación de su propio envejecimiento, y la victoria del miedo en el proceso de envejecer.

En una sociedad en el que la productividad y la belleza asociada a la juventud son consideradas canon, la aceptación de estereotipos tales como la baja productividad, la ausencia de belleza, la carga familiar y social, etc., no hacen más que promover el miedo y el rechazo al proceso de envejecer y a las personas mayores (Amico, 2009; Bárcena et al., 2009; Castellano & de Miguel, 2011; de Lemus & Expósito, 2005; Melero, 2007; Moreno, 2010). Del rechazo de las

personas jóvenes, los medios de comunicación y la sociedad surge el *fenómeno de invisibilidad*. Este concepto, definido por San Román (1990) y Freixas (2005), consiste en el progresivo desinterés de los grupos de edad más jóvenes hacia las personas mayores, priorizando lo que estas pueden significar y aportar a la sociedad, independientemente de su situación actual. El ocultamiento de las personas mayores en la prensa y material escrito, la representación edadista de la gente mayor en los distintos medios y el interés político por el voto de las personas mayores en campaña electoral podrían ser varias manifestaciones de este fenómeno (Bárcena et al., 2009; de Lemus & Expósito, 2005; Gracia, 2011; Helduak Adi, n.d.).

#### **1.4.2. Percepción del envejecimiento según el contexto sociocultural e histórico**

La imagen y el rol social de las personas mayores, igual que sucede con la salud y el envejecimiento (ver los apartados 1.2.1.1. y 1.2.2.1.), son conceptos dinámicos que varían según el momento histórico y el contexto sociocultural (Amico, 2009), estando sujeta la interpretación del colectivo de personas mayores a factores como la política, la economía, el arte, lo estético, la demografía, la ética, la religión, la estructura de la familia, etc. (Lillo-Crespo, Gomis, Santoro, & Sánchez, 2001).

Si bien el ser humano ha mostrado una clara preferencia por la juventud desde tiempos remotos, las personas mayores gozaron de su mejor momento en las sociedades primitivas de tradición oral, también denominadas ágrafas, y de costumbres, donde este grupo de edad poseía una posición privilegiada dentro de la jerarquía social, invirtiéndose la situación en tiempos más recientes, concretamente en las sociedades en las que priman la belleza, la fuerza física y la productividad (Méndez, 2007; Trejo-Maturana, 2001).

Aunque la percepción del envejecimiento haya sido documentada a lo largo de la historia, los conocimientos referentes a la imagen y rol de las personas más mayores cuentan con numerosas limitaciones. Tal y como mencionan Polo y Martínez (2012), mientras que los escritos de sociedades antiguas (3000 a. C. – 476 d. C.), que se basan en documentos tales como obras literarias, mitos e iconografía del arte, pueden proporcionar una imagen parcial, generalizada y exagerada o suavizada a conveniencia del colectivo que las interpreta (generalmente clases más privilegiadas), el material procedente de sociedades primitivas sin escritura es más sesgado, ya que los estudios antropológicos de

la actualidad pueden no ser extrapolables a la realidad de dichas sociedades ya desaparecidas.

La historia de la concepción social de las personas mayores cuenta con 2 acontecimientos determinantes en su cronología que aún perduran a día de hoy. En primer lugar, las divergencias entre la concepción platónica (370 a.C.) y la concepción aristotélica del envejecimiento (siglo IV a.C.) (ver el apartado 1.2.2.1.), que atribuyen a las personas mayores cualidades positivas como prudencia, discreción, sagacidad y buen juicio, etc., en el caso de la primera, y cualidades negativas como la enfermedad, el deterioro, la ruina, etc., en el caso de la segunda. Estos 2 paradigmas del envejecimiento sirven de punto de inflexión a la hora de analizar la visión del envejecimiento y las personas mayores, ya que, del conflicto entre ambas escuelas, nacerá una percepción mayormente negativa presente desde tiempos de la Edad Media. En segundo lugar, el nacimiento del Modelo Biopsicosocial de la salud de Engel (1977) (ver el apartado 1.2.2.4.), modelo que concibe a la persona como un ser integral compuesto por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que rompe con el reduccionismo biológico, uncausalidad y casualidad linear del modelo biomédico (Flexner, 1910), el cual bebe de la visión negativa del envejecimiento de Aristóteles, puede ser un atenuante de la percepción mayormente negativa que este colectivo sufre en la actualidad.

La visión histórica del envejecimiento también se ciñe a la ambigüedad cultural de la que la sociedad actual hace gala (ver el apartado 1.4.1.4.2.). Un claro ejemplo de ello es el deseo de las personas por tener una vida longeva a pesar de no querer ser mayores (Swift, 2000). El ejemplo anterior nos permite comprender la vejez, además de como un proceso vital, como una construcción social (Méndez, 2007).

En este apartado se desarrollarán las distintas imágenes y roles de las personas mayores en los principales periodos históricos.

#### 1.4.2.1. Prehistoria

Mientras que la salud era concebida desde una perspectiva mágico-religiosa (ver el apartado 1.2.1.1.1.), el valor que se les atribuyó a las personas mayores en este periodo histórico fue mayormente positivo. Las personas de edad avanzada fueron apreciadas y respetadas por sus contemporáneos debido a sus amplios conocimientos y experiencia (Observatorio de personas mayores, 2009).

Los coetáneos de la prehistoria, organizados en tribus o clanes, tuvieron muchas dificultades para adaptarse al entorno que les rodeaba (enfermedades, luchas,

depredadores, etc.), por lo que las personas de dicha época no optaron a una gran esperanza de vida. Un claro ejemplo de ello son los restos óseos encontrados en el campo de la paleontología, los cuales, en la mayoría de los casos, no superan los 30 años de vida (Bhattacharya, 2001; Manrique, 1999; Polo & Martínez, 2012). La escasa longevidad de las personas dio lugar a una alta estima de la misma y de las personas mayores, atribuyéndoles a las segundas características sobrenaturales y de divinidad que eran explotadas con sus roles como chamanes y brujos (Lillo-Crespo et al., 2001). Las personas mayores, cuya longevidad fue idealizada como una recompensa de los dioses, fueron consideradas depositarias del saber, sirviendo su memoria a la vez de nexo con los antepasados (Trejo-Maturana, 2001).

Esta percepción positiva y divina de las personas de avanzada edad se vio contradicha por la actitud de diversas sociedades nómadas de la época prehistórica. Estas sociedades, que principalmente se dedicaban a la caza y la recolección, situaban la supervivencia del grupo por encima de toda individualidad. Por ello, a pesar del respeto que estas tenían hacia sus ancianos, en el caso de que la persona mayor no pudiese llevar a cabo su rol, y eso supusiese un riesgo para la supervivencia del grupo, estas eran abandonadas a su suerte, pudiendo ser dicho abandono voluntario por parte del mismo mayor (Gómez-Álvarez, 2019; Observatorio de personas mayores, 2009; Polo & Martínez, 2012).

#### 1.4.2.2. Edad Antigua

Las sociedades y culturas pertenecientes a este periodo histórico comprendido desde el 3000 a. C. hasta el 476 d. C., han dotado a las personas mayores de una posición privilegiada en la sociedad, atribuyéndoles cualidades como la sabiduría y la experiencia, y al mismo tiempo, el mandato en el núcleo familiar y poderes políticos (Castellano & de Miguel, 2010). Aun así, a lo largo de esta etapa de la historia, la posición de privilegio de las personas mayores se ha visto amenazada en numerosas ocasiones, tornándose en una percepción del envejecimiento asociada a la enfermedad o a pérdidas de distinta índole (Méndez, 2007). En este apartado se irán desglosando las principales imágenes y roles de las personas mayores en las principales sociedades antiguas del mundo occidental, concretamente Egipto, el mundo hebreo, Grecia, y Roma (ver el apartado 1.2.1.1.2.).

La primera irrupción en la historia documentada de las personas mayores data del año 2450 a. C. en el *Antiguo Egipto*, de la mano de un escrito redactado por Path-Hotep, visir del faraón Tzezi de Dinastía V. A través de este escrito, Path-Hotep

describía su propia vejez como una etapa triste en la que predominan las pérdidas físicas, aunque también siente orgullo de poder disfrutar de tantos años, deseándole lo mismo a su propio hijo (Manrique, 1999; Minois, 1987). Esta civilización remarcó la sabiduría y experiencia de las personas mayores, otorgándoles labores como dirigentes, consejeros y guías y/o educadores para posteriores generaciones (Lillo-Crespo et al., 2001). Aunque Egipto fue un pueblo con una fuerte influencia mágico-religiosa, poseía múltiples conocimientos médicos en anatomía, cirugía, prevención, etc. (Lain, 1978; Guerrero & León, 2008; Subbarayappa, 2001; Žuškin et al., 2008), describiendo en uno de sus papiros más populares, concretamente el Papiro de Ebers (alrededor del 1600 a. C.), como el corazón, además de ser la fuente de la vida, también es la causa del envejecimiento (Polo & Martínez, 2012).

Durante el periplo nómada del *pueblo hebreo* en busca de la Tierra Prometida, acontecimientos que son redactados en el Éxodo (Antiguo Testamento), las personas mayores disfrutaron de un status social muy elevado, sirviendo de intermediarios de los dioses y llevando a cabo la sagrada tarea de conducir a su pueblo a la Tierra Prometida a través del denominado “Consejo de Ancianos”, institución ubicada en cada ciudad que contaba con poderes políticos, religiosos y judiciales, mencionados por primera vez en el Libro de los Números (Sotomayor, Abascal, Chicharro, & Nieto, 2017; Penner, 2020). Estos consejos perduraron por años, hasta que en el 935 a. C. su utilidad fuese puesta en duda. Finalmente, tras la muerte de Salomón (988 a. C. – 928 a. C.), su hijo Roboam, contrario a su padre, abolió estas estructuras, comenzando así la decadencia de la vejez en el mundo hebreo, aunque el respeto hacia los mayores entre los judíos subsistió gracias a la dignidad que les otorgaba la *Torá* (Álvarez-Cordero, 2018; Sotomayor et al., 2017; Trejo-Maturana, 2001).

En la *Antigua Grecia*, puede hallarse una gran dicotomía respecto a la imagen de las personas mayores. En tiempos de Solón (638 a. C. – 558 d. C.), el Consejo del Areópago, el cual se componía de aristócratas de avanzada edad (*“eupatrida”* o bien nacido), contaba con grandes poderes políticos y judiciales. La progresión de los demócratas, junto con otros factores tales como el paso del mito al logos (siglo XI a. C.), es decir, el paso de un pensamiento sobrenatural y mágico a uno basado en la razón o razonamiento, la concepción naturalista de la salud de Hipócrates (460 a. C. – 370 a. C.) y la superposición de la belleza en la sociedad griega, dieron como resultado la devaluación del envejecimiento y de las personas mayores, las cuales fueron perdiendo los poderes adquiridos hasta el momento, traduciéndose finalmente estos en cargos consultivos y honoríficos (Lillo-Crespo et al., 2001; Trejo-Maturana, 2001). Como contraparte de Atenas, en Esparta sí se mantuvo la posición de privilegio

de las personas mayores. El senado de Esparta, “la *Gerusia*”, se componía de 28 miembros, todos mayores de 60 años, y constituía el juzgado supremo de dicho territorio, tomando parte también en la política exterior (Polo & Martínez, 2012). Cabe destacar también la avanzada edad de los filósofos y su labor como tal hasta el final de sus vidas (Manrique, 1999).

Las obras “*República*” (370 a.C.) de Platón (427 a. C. – 347 a. C.) y “*Retórica*” (siglo IV a. C.) de Aristóteles (384 a. C. – 322 a. C.), representan un claro ejemplo del conflicto que afectaba al poder de las personas mayores de la sociedad griega del momento. Mientras que Platón, que se inspiraba en la “*Ilíada*” de Homero (siglo VIII a. C.) (Haynes, 1962), promovía una visión positiva del envejecimiento, describiéndolo como el estado máximo de prudencia, discreción, sagacidad y buen juicio de la persona, que le permite desempeñar roles de gran responsabilidad y respeto (Anton, 2016; Carbajo, 2008; Jiménez-Alfaro, 2015), Aristóteles describe el envejecimiento como una enfermedad, destacando el deterioro del proceso y atributos como la desconfianza, el egoísmo, el cinismo, el mal carácter, la mezquindad, la cobardía, etc. (Anton, 2016; Carbajo, 2008; Gómez-Álvarez, 2019; Jiménez-Alfaro, 2015; López-Pulido, 2018).

El *Imperio Romano* (siglo III a. C. – siglo V d. C.), caracterizado por la tolerancia, la diversidad y la relevancia de la adaptación en la vida, dispuso de una población más envejecida que la Antigua Grecia, a la vez que contempló múltiples aspectos de la vejez (médicos, psicológicos, sociales, políticos, etc.) (Álvarez-Cordero, 2018; de la Serna, 2003; Sotomayor et al., 2017). Siguiendo los pasos de Platón, Cicerón (106 a.C. – 43 a.C.) con su “*De Senectute*” (44 a. C.) definió el envejecimiento como una oportunidad positiva, dejando de lado la concepción negativa centrada en la enfermedad y el deterioro de Aristóteles, y difundiendo distintas pautas para un envejecimiento más saludable (Agronin, 2014; Bowling, 1993; López, 2013). Posteriormente, Séneca (4 a.C. – 65 d.C.), que elaboró “*Cartas a Lucilio*”, hizo énfasis en la aceptación de las consecuencias del envejecimiento y de la propia muerte, enfatizando a la vez el verdadero valor de la vida (Séneca, 1884; 1986).

Esta concepción positiva del envejecimiento vino acompañada de diversos privilegios para los hombres mayores provenientes del Derecho Romano. Entre los más destacables se sitúa la figura del “*pater familia*”, la cual tenía un enorme poder sobre la familia y los esclavos. Tal era el poder de esta figura, que el hombre que lo poseía no daba cuentas a nadie sobre sus actos, lo cual suscitaba el miedo y el odio hacia las personas mayores. La “*mater familias*”, figura ocupada por la mujer mayor,

no gozó de esa autoridad, pero tampoco del odio y temor correspondiente. Las mujeres mayores que estaban solas eran un colectivo muy menospreciado (del Carmen, 2008; de la Serna, 2003; Manrique, 1999).

La época dorada de la vejez vino de la mano de República (509 a.C. – 27 a. C.) con el Senado (“*Senectus*”), pero con la llegada de Augusto (63 a. C. – 14 d. C.), emperador que estableció un periodo rico para las artes y la economía, propició que dicho Senado, compuesto en su totalidad por personas mayores, perdiese progresivamente su poder. Esa pérdida de poder se tradujo en el odio hacia los mayores, pero la tolerancia de la sociedad romana permitió que dicho odio no se generalizase a todo el colectivo (Polo & Martínez, 2012; Lillo-Crespo et al., 2001; Trejo-Maturana, 2001). La pérdida de poder de las personas mayores prosiguió en los primeros años del cristianismo en el Imperio Romano (siglo V d. C.), aunque en este caso, la cultura del cuidado del mayor ganó relevancia (Mederos & Puente, 1996).

#### 1.4.2.3. Edad Media

En la Edad Media (476 – 1492) existió un predominio de la visión negativa de la vejez, la cual era descrita como una etapa de decadencia, imperfección y pérdidas físicas y sociales, no siendo dichas carencias tan evidentes en el campo de la moral (Rodríguez-Domínguez, 1989).

En la *Alta Edad Media* (siglo V – siglo X), también llamada “época oscura”, las incursiones bárbaras denotaron el predominio de la ley del más fuerte, por lo que las personas mayores, al ser consideradas como débiles y vulnerables, fueron excluidas de la vida pública, perdiendo también la autoridad en el ámbito familiar y siendo suplantados por el hijo mayor. Sin embargo, las mujeres mayores sufrieron un destino mucho peor, ya que fueron etiquetadas de brujas (de la Serna, 2003; García-Hernández, Torres-Egea, & Ballesteros-Pérez, 2003).

El colectivo de personas mayores no fue tomado en consideración por la Iglesia Católica, la misma que equiparó el envejecimiento con un castigo divino (concepción mágico-religiosa). Aún cuando las connotaciones negativas que rodeaban a la vejez estaban presentes, a partir del siglo VI, la Iglesia permitió el alojamiento voluntario de personas mayores pudientes en grandes monasterios, con motivo del cese de la actividad y ruptura con el mundo (Martínez, Polo, & Carrasco, 2002), sirviendo esto como preferente a la *teoría de la desvinculación* (Cumming & Henry, 1961) (ver el apartado 1.2.2.4.).

A pesar de la acogida de estos mayores, las personas mayores pobres no tuvieron la misma suerte, y prosiguieron con sus labores, dado que solo la discapacidad eximía a las personas de edad avanzada de la actividad laboral (Minois, 1987). Es destacable la “*Regla del Maestro*” (siglo IX), regla que desplazaba a las personas mayores a tareas de portero o pequeños trabajos manuales (Gafo, 1995; Trejo-Maturana, 2001). Junto a lo anterior, las personas mayores con discapacidades recibieron cuidados por parte de la familia o en el castillo del noble jurisprudente, representando la ausencia de familia y el ser mujer un desenlace terrible para la persona mayor que requería cuidados (Manrique, 1999). En el occidente de Europa, existieron hospitales bajo el amparo de la Iglesia, los denominados “*Hôtel-Dieu*” o casa de Dios (García-Hernández et al., 2003).

Esta ambivalencia en el trato de los mayores por parte de la Iglesia se vio traducida en la existencia de 2 visiones contrarias del envejecimiento en el ámbito religioso, una que asocia la vejez a la sabiduría, siguiendo los caminos de Platón, y la otra que la vincula a la enfermedad, la decrepitud y el pecado, haciendo alusión así a Aristóteles (de la Serna, 2003). En primer lugar, San Agustín (354-430), en su obra autobiográfica “*Confesiones*” (siglo V), manifestó que de la persona mayor se espera más que de nadie debido a su equilibrio emocional y de la ruptura de ataduras con lo mundano. En segundo lugar, Santo Tomás de Aquino (1225-1274), volvió a la concepción aristotélica del envejecimiento, añadiendo que durante esa etapa de la vida decadente física y moralmente, se potencian comportamientos rígidos y estereotipados como el egoísmo, la avaricia, el aislamiento y la desconfianza, todo ello producto del deterioro físico, intelectual y moral propio de la edad (Rodríguez-Domínguez, 1989).

Es en la *Plena Edad Media* (siglos XI – siglo XIII), cuando el desarrollo económico fruto del crecimiento de la clase burguesa y el desarrollo urbano permitieron a las personas mayores una nueva oportunidad en el sector del comercio y los negocios, donde acapararon múltiples riquezas y éxitos, y de esta forma, recuperaron cierta influencia en asuntos públicos (Martínez et al., 2002).

Unido a esto, ya en la *Alta Edad Media* (siglos XIV y XV), la Epidemia de la Peste Negra (siglo XIV), que acabó con 1/3 de la población en Europa, permitió la recuperación de la figura del patriarca por parte de las personas mayores, ya que dicha enfermedad se ensañó especialmente con los niños y jóvenes adultos, y las familias tuvieron que agruparse en grupos más extensos, habiendo de esta forma un mayor número de personas mayores en la sociedad y un mayor contacto intergeneracional. Esto provocó más adelante la escasez de mujeres casaderas, que junto al aumento de

los privilegios de las personas mayores en los negocios, se tradujo en distintos problemas sociales, especialmente entre generaciones, tal y como paso en el Imperio Romano con la figura del “*pater familia*” (Manrique, 1999; Martínez et al., 2002; Trejo-Maturana, 2001).

#### 1.4.2.4. Edad Moderna

El *Renacimiento*, movimiento cultural y científico que sucede en los siglos XV y XVI (ver el apartado 1.2.1.1.4.), fue uno de los periodos más agresivos para las personas mayores, ya que, la sociedad del momento, tratando de recuperar valores de la Antigua Grecia y del Imperio Romano, anteponía la belleza, la perfección y la juventud a la vejez, identificando esta etapa del ciclo vital con la fealdad, la decrepitud y la melancolía. De esta forma, las personas mayores, en especial las mujeres, debido a su fuerte vinculación con el principio de belleza, sufrieron un considerable rechazo por parte de sus contemporáneos más jóvenes, si bien el estereotipo de sabiduría aún perduraba (Población, 2017).

La recuperación demográfica del momento, cuya población contaba con cada vez más personas jóvenes, y la creación de la imprenta de Johannes Gutenberg (1453), hicieron que el colectivo de personas mayores se viese mermado, dado que gracias a la segunda, su labor como fuente de conocimientos y memoria de grupo carecía ya de significado (Lillo-Crespo et al., 2001). Además, la vuelta al paradigma racional de la salud de Hipócrates y Galeno, el cual había sido abandonado en la Edad Media a favor de la concepción mágico-religiosa, suprimió la intención caritativa de los hospitales, priorizando la finalidad médica (Gargantilla, 2011; Guerrero & León, 2008).

El cambio de paradigma de la salud también alteró la forma en la que las personas observaban el envejecimiento. La obsesión de la época por la belleza y la perfección, se vio acompañada de múltiples avances en el campo de la química de la mano de Paracelso (1493-1541) (Pioreschi, 2006), de las enfermedades infecciosas y la microbiología, primero con Fracastoro (1478-1553) y después Zacharias Janssen y la creación del primer microscopio a finales del siglo XVI (Cavanaugh, 2017; Gargantilla, 2011), y de la anatomía y fisiología con Vesalio (1514-1564) (Siraisi, 1994; Toledo-Pereyra, 2008). La combinación de estos 2 elementos no hizo más que evidenciar la necesidad de los contemporáneos de prolongar la juventud, resolver el enigma de la vejez y poner fin a la misma (Manrique, 1999; Martínez et al., 2002).

Los avances médicos del renacimiento se vieron acompañados por los del *Barroco* (siglo XVII), buen ejemplo de ello son Harvey (1578-1657) en el campo de la cardiología (Aird, 2011), y Sydenham (1624-1689) en el estudio de signos y síntomas distintivos de cada enfermedad (Leonard, 1990). La concepción aristotélica del envejecimiento se vio potenciada por el mecanicismo de Galilei (1564-1642) y Descartes (1596-1650), siendo este segundo quien lo llevo al terreno del cuerpo humano (Cuadrat, 1997; de Souza, 1986; Gargantilla, 2011). Aunque la percepción negativa del envejecimiento perduró, en el siglo XVII, las personas mayores empezaron a recuperar autoridad, especialmente las pertenecientes a los estamentos más altos. El ascenso de la burguesía frente al clero y la aristocracia hizo que dicha mejora fuese más palpable (Martínez et al., 2002).

El nacimiento de la figura del burócrata o funcionario y la Revolución Industrial (segunda mitad del siglo XVIII) suscitaron el reconocimiento al trabajo y la creación de la jubilación y los sistemas de pensiones. En palabras de Beauvoir (1970), en la Guerra de la Independencia de los Estados Unidos (1775-1783), concretamente en 1776, Thomas Paine (1737-1809) ya recomendaba este sistema de compensación a las personas retiradas. El aumento de la esperanza de vida de la época postergó la edad de jubilación varios años, tratando de mantener así a la persona mayor, retirada o no, como potencial consumidora (Lillo-Crespo et al., 2001; Población, 2017).

#### 1.4.2.5. Edad Contemporánea

La Edad Contemporánea da comienzo en la segunda mitad del siglo XVIII, con la Declaración de Independencia de los Estados Unidos en 1776 o con la Revolución Francesa en 1789, perdurando hasta la actualidad.

Según va aumentando el número de personas mayores, la prevalencia de problemas de salud como la fragilidad y la demencia también se ve incrementada (ver el apartado 1.1.2.), haciendo que este colectivo empiece a ser percibido como una carga para la sociedad en la que viven. Esta situación se agravo aún más con la transición de las sociedades agrarias a las industrializadas y con la incipiente Revolución Industrial de la segunda mitad del siglo XVIII y la primera del XIX, concretamente entre 1760 y 1840 (Amico, 2009; Observatorio de personas mayores, 2009).

Producto de la industrialización, la *teoría estructural-funcionalista*, planteada en primera instancia por Émile Durkheim (1858-1917), explica como las personas

pertenecientes a una sociedad son evaluadas según su capacidad de producción y beneficio, es decir, su capacidad de trabajo. La jubilación o cese de actividad laboral es un acontecimiento fundamental en la atribución de estereotipos negativos sobre el envejecimiento a personas mayores, achacando generalmente una baja capacidad productiva a este grupo de edad. Debido a la imposición de esta visión, las personas mayores son vistas como una carga familiar y social, y su sabiduría y conocimiento pasan a un segundo plano en el cual no se les da utilidad alguna, debido a la inutilidad promulgada por esta visión errónea del envejecimiento (Amico, 2009; Bárcena et al., 2009; Castellano & de Miguel, 2011; de Lemus & Expósito, 2005; Melero, 2007; Moreno, 2010). Una teoría social del envejecimiento que se inspira fuertemente en la teoría estructural-funcionalista es la *teoría de la desvinculación* de Cumming y Henry (1961) (ver el apartado 1.2.2.4.), la cual justifica el retiro progresivo de la persona mayor de su entorno social como algo beneficioso y normal, haciendo de esta forma una mención indirecta de la jubilación y el descenso de la productividad de los mayores.

Las teorías biológicas del envejecimiento (ver el apartado 1.2.2.2.), como por ejemplo la *teoría del uso y desgaste* (Weismann, 1882), la *teoría de radicales libres* (Harman, 1956), la *teoría del error catastrófico* (Orgel, 1963; 1970), la *teoría de acumulación de desechos* (Sheldrake, 1974), la *teoría del límite de Hayflick* (Hayflick & Moorehead, 1961; Hayflick, 1965), etc., le hacen también un flaco favor a la concepción positiva del envejecimiento, dado que la mayoría de ellas describen el envejecimiento desde un enfoque de deterioro biológico progresivo, hecho que coincide con el paradigma aristotélico del envejecimiento.

Esta connotación negativa del proceso del envejecimiento, principalmente biológica, puede observarse también en el modelo biomédico de la salud (Flexner, 1910), modelo predominante en los últimos 2 siglos que está fuertemente influenciado por el mecanicismo de Galilei y Descartes, los cuales definían el cuerpo humano como una máquina cuyas fallas en el funcionamiento son definidas como enfermedad (Borrell-Carrió et al., 2004; Miller, 1988; Havelka et al., 2009; Strickland & Patrick, 2015; Wade & Halligan, 2004). Una desventaja destacable de este modelo de salud es la deshumanización del paciente, ya que solo lo considera como un ser meramente biológico (Barkway, 2013; Havelka et al., 2009; Kriel, 2000; Miller, 1988; Pearson et al., 2005; Wade & Halligan, 2004). Como contraparte de este modelo nace el modelo biopsicosocial (Engel, 1977), el cual considera a la persona como un ser integral (biológico, psicológico y social).

Las teorías psicológicas del envejecimiento no idealizan el envejecimiento como un proceso gradual de deterioro, sino como un proceso de desarrollo de la personalidad del individuo (ver el apartado 1.2.2.3.). Respecto a las teorías sociales (ver el apartado 1.2.2.4.), las cuales están enfocadas principalmente a la relación de la persona mayor con su entorno, varias contribuyen a la formación de percepciones negativas del envejecimiento, como la anteriormente mencionada *teoría de la desvinculación* (Cumming & Henry, 1961), la *teoría de la subcultura* (Rose, 1962) y la *teoría de la estratificación por edades* (Riley et al., 1972). Estas teorías perpetran la homogeneidad de los individuos que componen el grupo de edad mayor. Otras teorías sociales del envejecimiento como la *teoría de la actividad* (Havighurts, 1963; Havighurts et al., 1963) y la *teoría de la gerotranscendencia* (Tornstam, 1989), apuestan por una visión del envejecimiento más optimista, la primera promoviendo el envejecimiento activo, y la segunda potenciando características como la madurez y la sabiduría de la persona mayor.

A pesar de la existencia de estereotipos positivos del envejecimiento tales como la amabilidad, la sabiduría, la fiabilidad, la riqueza, etc. (Palmore, 1999), que están presentes a lo largo de las distintas etapas históricas enunciadas en este apartado, las sociedades occidentales actuales, describen mayormente al colectivo de personas mayores a través de estereotipos negativos (Aristizábal-Vallejo et al., 2009; Butler, 1975; Kite & Johnson, 1988; Kite et al., 2005; Palmore, 1977; 1980). Identificados los estereotipos y conductas discriminatorias que las personas mayores de la época padecían, Butler (1969) albergó todas esas actitudes discriminatorias bajo un mismo marco, el cual bautizó como edadismo o discriminación por edad (ver el apartado 1.4.1.1.). Entre las metas de este trabajo, pues, podemos distinguir entre 2 objetivos principales: analizar la relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento y distintas variables multidimensionales (físicas, psicológicas y sociales) en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas por un lado, y por el otro, diseñar e implementar una intervención educativa para desmentir dichos estereotipos en personas mayores que residen en sus hogares (ver el apartado 2.1.1.).

### **1.4.3. Consecuencias del edadismo en la sociedad actual**

#### **1.4.3.1. Personas mayores**

Tal y como se ha mencionado en apartados anteriores, en el mundo occidental, el enfoque prevaleciente a través del cual se valora al envejecimiento y a las personas

mayores es mayormente negativo (Aristizábal-Vallejo et al., 2009; Butler, 1975; Kite & Johnson, 1988; Kite et al., 2005; Palmore, 1977; 1980). A pesar de la superioridad de esta visión negativa de la vejez, varios estudios reportan que la percepción del envejecimiento de estas sociedades también puede ser tanto positiva (Castellano & de Miguel, 2010; 2011; Sanhueza, 2014), como neutral o intermedia (Blanca et al., 2005; de Miguel & Castellano, 2012).

Si bien el edadismo es un tipo de discriminación que se ensaña especialmente en personas mayores, especialmente con su salud física, psicológica y social (Chang et al., 2020; Dionigi, 2015; Lamont et al., 2015; Levy et al., 2020), en la literatura no existe evidencia ni consenso respecto a una percepción del envejecimiento más negativa por parte de los propios mayores en comparación a grupos de edad más jóvenes. Un claro ejemplo son los estudios que analizan la relación de la percepción del envejecimiento con la edad, existiendo trabajos que reportan percepciones del envejecimiento más positivas en personas mayores (Hooker et al., 2019; Levy et al., 2014; Parish et al., 2019; Wilson et al., 2019), similares a las de otros grupos de edad (Ayalon, 2016; Castellano, 2014; Duran-Badillo et al., 2016; Numbers et al., 2019; Nunes, Menéndez, Martins, & Martins, 2018) y con más frecuencia, una peor visión del envejecimiento de los mayores en comparación a los grupos de menor edad (Freeman et al., 2016; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009b; Shin et al., 2019).

En España la situación no es distinta, y según describe el “*Libro Blanco del Envejecimiento Activo*” (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2011), la sociedad española siembre ha estado sujeta a estereotipos negativos hacia la vejez. Este documento cita un estudio realizado en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) en el 1992, que reportó que el 60% de los españoles creía en estereotipos del envejecimiento como el deterioro de la salud, el desarrollo de la incapacidad y dependencia, el deterioro de la memoria, la rigidez e inflexibilidad, menor actividad, comportamiento como el de los niños e intensificación de los defectos; y el 50% de esa población describió a las personas mayores como seniles, peores en el trabajo y con más dificultades para resolver problemas que los jóvenes. Pese a la alta prevalencia de estos estereotipos negativos en la población española, este documento estima que las imágenes negativas han ido disminuyendo a lo largo del tiempo (1991 vs 2005), lo cual podría deberse, según ellos, a una promoción de una visión positiva de los mayores por parte de las políticas locales.

En cuanto al edadismo percibido, sucede lo mismo que con la percepción del envejecimiento. No existen cifras normativas que cifren la discriminación por edad percibida por las personas mayores. Palmore (2001) manifestó que un 70% de las personas mayores participantes en su estudio refirieron haber padecido discriminación por edad. Estos porcentajes varían dependiendo del estudio. Según Han y Richardson (2015), el 10.4% de los participantes refirió sufrir diariamente edadismo. Barber y Tan (2018) realizaron un estudio que reportó que el 4% y 3% de sus participantes refirió no haber sufrido una situación de discriminación por edad. Otro estudio realizado un año más tarde (Hooker et al., 2019) mostró que el 29% respondió padecer situaciones discriminatorias según la edad. Para terminar, tanto el estudio de Jackson, Hackett, y Steptoe (2019) como el de Shin et al. (2019) mostraron que el 25.1% y el 18.9% de sus participantes respectivamente había referido experimentar edadismo. En ese primer estudio, entre los mayores que habían indicado sufrir discriminación por edad, el 45.1% de ellos habían referido un trato médico pobre (Jackson et al., 2019). Shin et al. (2019), sin embargo, cuyo estudio acontecía en un hospital, indicaba que los grupos de mayor edad veían incrementado ese porcentaje: 12.4% en los mayores entre los 60-64 años y 31% en los de 80 o más años. De igual modo, tal y como cita Hooker et al. (2019), el 10% de los mayores refirió haber experimentado discriminación por edad en un entorno médico (Phibbs & Hooker, 2018). La situación y las consecuencias de la discriminación por edad en el entorno sociosanitario será descrita más adelante en el presente apartado (ver el apartado 1.4.3.3.). Un estudio reciente realizado en España (Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España [UDP], 2019) hace un llamamiento al optimismo, ya que informa sobre una reducción del edadismo experimentado: mientras que en 2016 un 31,7% de los mayores padecía discriminación por edad, en 2019 esa cifra se vio reducida al 26,7%. A pesar de la reducción del edadismo experimentado, esta institución refiere que la intensidad del edadismo padecido se ha visto incrementada.

Conocidos varios datos y cifras sobre la discriminación por edad y la percepción del envejecimiento en personas mayores, cabe destacar que la detección de este tipo de discriminación no es fácil en este grupo de edad, debido a que las personas mayores pueden no referir discriminación por edad debido a que no la consideran como tal o no lo quieran admitir (Palmore, 2001). Como ejemplo podemos citar la *SET* (Levy, 2009), la cual explica como los estereotipos negativos del envejecimiento pueden ser inconscientemente adquiridos y aceptados desde edades tempranas (ver el apartado 1.4.1.3.2.). La vía psicológica de este proceso de adquisición de estereotipos explica cómo estos estereotipos afectan a las expectativas del propio envejecimiento de la

persona mayor, convirtiéndose de esa forma en profecías autocumplidas (Levy & Leifheit-Limson, 2009). Estas expectativas erróneas del envejecimiento y la autopercepción negativa del mismo empujan a la persona a aceptar que todos los problemas de la salud son debidos al envejecimiento y que son inevitables, traducándose esto en conductas y comportamientos poco saludables (Andrews et al., 2017; Dionigi, 2015; Levy & Myers, 2004; Sarkisian et al., 2005a). Thornton (2002) coincide con lo anterior, alegando que las actitudes producto de creencias edadistas pueden afectar al autoconcepto de la persona mayor, adoptando esta la imagen negativa que la sociedad tiene sobre ella, y actuando acorde a dicha imagen.

Un factor a tener en cuenta antes de listar las consecuencias del edadismo en la salud de la persona mayor, es la influencia negativa que este tipo de discriminación ejerce sobre conductas y comportamientos afines al envejecimiento activo y saludable (Nelson, 2016; Nunes et al., 2018; Rippon, Kneale, de Oliveira, Damakakos, & Steptoe, 2014), ya que la adopción de comportamientos poco saludables pueden desembocar en muchos de los problemas de salud (Portal de Mayores, 2012). Muchas de estas consecuencias negativas en la salud serán enumeradas a continuación desde una perspectiva biopsicosocial, es decir, abarcando problemas tanto de la dimensión física, como la psicológica y la social. Cabe destacar que para muchos, el envejecimiento activo representa la principal antítesis del edadismo (Minichiello et al., 2000; Walker, 2002). Una revisión sistemática reciente determinó que el 95% de los estudios reportó resultados negativos de salud debidos al edadismo y el 75% relaciones estadísticamente significativas entre el edadismo y la salud (Chang et al., 2020). Varios de esos resultados negativos de salud son los siguientes: longevidad reducida, mala calidad de vida y bienestar, conductas de salud de riesgo, malas relaciones sociales, enfermedades físicas y mentales, y deterioro cognitivo. Entre las consecuencias de la discriminación por edad más citadas en la bibliografía, las cuales serán explicadas en mayor profundidad más adelante en este trabajo (ver el apartado 1.5.2., podemos encontrar las siguientes:

- Entre las consecuencias del edadismo en la *dimensión física* de la persona mayor, destacan una mayor mortalidad (Levy et al., 2002a; Kotter-Grühn et al., 2009; Sargent-Cox et al., 2014), una menor longevidad (Chang et al., 2020), un aumento de enfermedades como patologías cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias, problemas circulatorios, trastornos musculoesqueléticos, DM, trastornos mentales y otras enfermedades no transmisibles (Levy et al., 2020; Wurm et al., 2007).

El deterioro funcional, la dependencia en las AVD y en el autocuidado (Levy et al., 2002b; Levy & Myers, 2004; Moser et al., 2011; Robertson & Kenny, 2016a; Wolff et al., 2017; Wurm & Benyamini, 2014), una menor fuerza en las manos (Swift et al., 2012); la reducción de la velocidad de la marcha (Robertson et al., 2015; Robertson & Kenny, 2016a) y del equilibrio (Chiviawosky et al., 2018; Levy et al., 2020), y una mayor fragilidad (Buckinx et al., 2018; Gale & Cooper, 2018) también han sido ampliamente relacionadas con el edadismo.

- La *dimensión psicológica* de los mayores, concretamente la *esfera cognitiva*, también se ve afectada por la discriminación por edad, siendo ejemplo de ello una mayor disminución del rendimiento cognitivo, concretamente en la memoria y la autoeficacia (Armstrong et al., 2017; Hess et al., 2003; Lamont et al., 2015; Levy, 1996), y en la función ejecutiva y en la atención (Robertson & Kenny, 2016a); peor estilo de escritura (Levy, 2000), y peor rendimiento en pruebas cognitivas (Mazerolle et al., 2017; Siebert et al., 2018).

En lo que respecta a la *esfera afectiva*, mayores niveles de edadismo se han asociado a una mayor sintomatología de la ansiedad y el estrés (Freeman et al., 2016; Levy & Langer, 1994; Levy et al., 2014; Lyons et al., 2018), y a más síntomas de la depresión (Ayalon, 2018; Freeman et al., 2016; Han & Richardson, 2015; Lyons et al., 2018; Shin et al., 2019; Sindi et al., 2012; Worm & Benyamini, 2014).

El deterioro de la *calidad de vida* de la persona mayor (Chang et al., 2020; Dionigi, 2015; Shin et al., 2019; Swift, Abrams, Lamont, & Drury, 2017) y la adquisición de comportamientos poco saludables para la salud del mayor (Andrews et al., 2017; Dionigi, 2015; Levy & Myers, 2004; Sarkisian et al., 2005a) también son fruto de una percepción edadista.

- Por último, en la dimensión social, el edadismo se ha asociado a problemas como el aislamiento social, vivienda e ingresos inadecuados, institucionalización innecesaria, etc. (Blanca et al., 2005; Healy, 1993; Palmore, 1999; Ragan & Bowen, 2001), mayores niveles de soledad (Coundin & Alexopoulos, 2010; McHugh, 2003; Shiovitz-Ezra et al., 2018), exclusión social tanto de roles como relaciones sociales (Burnes et al., 2019; Wethington et al., 2016), reducción de la participación social

(Robertson & Kenny, 2016b), peor calidad de las relaciones sociales (Chang et al., 2020) y la marginalización de las personas mayores (Vitman et al., 2014).

#### 1.4.3.2. Entorno familiar

El edadismo o discriminación por edad es un tema candente en la actualidad, que como se ha evidenciado en este trabajo, ha sido ampliamente estudiado a todos los niveles, tanto en el campo teórico (Butler, 1969; Butler, 1975; Levy, 2009; Palmore, 1999; Steele & Aronson, 1995; Steele, 2010) como en el experimental (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015; Eymard & Douglas, 2012), pudiendo abarcar los niveles micro (individual), meso (relaciones sociales) y macro (cultural o institucional) (Hagestad & Uhlenberg, 2005; Iversen et al., 2009; McGowan, 1996; Palmore, 1999). A pesar de la gran difusión de conocimientos sobre el edadismo en la sociedad actual, a día de hoy, la discriminación por edad ha sido poco estudiada en el contexto de la familia (Gordon, 2020), y esto representa una gran limitación para la consecución de avances en el campo del edadismo, ya que el círculo familiar no está exento de este tipo de discriminación (Palmore, 1999).

La sociedad en la que vivimos, férreamente sujeta a principios como la productividad, la belleza y la juventud, evalúa a las personas teniendo en consideración dichos valores, por lo las personas mayores, que viven esta última etapa de la vida tan mal percibida (Aristizábal-Vallejo et al., 2009; Butler, 1975; Kite & Johnson, 1988; Kite et al., 2005; Palmore, 1977; 1980), y que están ya apartadas de la actividad laboral remunerada, además de como una carga social, pueden ser vistas como una carga para la propia familia (Amico, 2009; Bárcena et al., 2009; Castellano & de Miguel, 2011; de Lemus & Expósito, 2005; Melero, 2007; Moreno, 2010). Esto puede resultar bastante contradictorio, teniendo en cuenta que las personas mayores contribuyen de una u otra forma al ecosistema familiar. Un claro ejemplo de ello es el rol de cuidador/a ejercido por las personas mayores hacia sus nietos/as, la cual es una función cada vez más frecuente en el ámbito familiar, especialmente asumida por mujeres mayores (Choi, Sprang, & Eslinger, 2016; Hayslip & Kaminski, 2005; Hayslip, Fruhauf, & Dolbin-MacNab, 2019).

Los estereotipos negativos del envejecimiento, de igual manera que en cualquier otro grupo social, pueden ser interiorizados y aceptados por cualquier miembro de la familia (Levy, 2009; Steele & Aronson, 1995) siguiendo las vías de la *STT* (Steele & Aronson, 1995; Steele, 2010) y la *SET* (Levy, 2009) (ver los apartados 1.4.1.3.1. y

1.4.1.3.2.), convirtiéndose en prejuicios y traducándose posteriormente en conductas discriminatorias (Butler, 1980; Iversen et al., 2009; Losada, 2004; Malangón et al., 2001; Melero, 2007; Montoro, 1998).

El edadismo puede empujar a institucionalizaciones innecesarias de la persona mayor por parte de la familia Healy, 1993; Palmore, 1999; Ragan & Bowen, 2001). Este tipo de conducta discriminatoria, la cual puede ser interpretada también como un estereotipo, puede ser debatida, ya que a pesar de la creencia de que las familias modernas no cuidan a sus mayores, Breyspraak y Badura (2015) indican que entre el 70-80% de los cuidados de larga duración son realizados por la propia familia, añadiendo que los hijos adultos son los principales cuidadores de mujeres mayores viudas y hombres divorciados, ejerciendo de cuidadores secundarios en el caso de que ambos miembros de la pareja vivan.

Una de las conductas discriminatorias más frecuentes en el ámbito familiar son las denominadas microagresiones (Pierce, 1974), también concebidas como “cotidianidades verbales, no verbales o ambientales leves, ya sean intencionales o no, que trasladan ofensas e insultos hostiles despectivos o negativos a las personas o grupo objetivo, generalmente miembros de un grupo oprimido” (Sue, 2004; 2010; Sue et al., 2007; Sue, Capodilupo, Nadal, Rivera, & Torino, 2018). Las microagresiones, a su vez, pueden darse de 3 formas (Gordon, 2020; Lilienfeld, 2017; Sue et al., 2007; Sue, 2010): los *microataques* o derogaciones, generalmente inconscientes y explícitas en forma de ataque verbal o no verbal con fin de herir a la víctima a través de insultos, evitación o acciones discriminatorias intencionadas; los *microinsultos*, entendidos como púas o humillaciones explícitas verbales o no verbales, realizadas de forma consciente que degradan la identidad de la víctima; y por último, las *microinvalidaciones*, las cuales son inconscientes y resultan más perjudiciales para la salud mental de la víctima, y causan que cuestionen sus propios pensamientos, sentimientos y experiencias.

El edadismo positivo (Palmore, 1999) (ver el apartado 1.4.1.4.), variante de la discriminación por edad que se compone de estereotipos y creencias generalmente positivas, pueden derivar en comportamientos paternalistas, proyectando una imagen e infantil y de necesidad. Este paternalismo puede llevar a las personas mayores a cuestionarse sus fortalezas y deteriorar su autoestima (Gordon, 2020; Gendron, Welleford, Inker, & White, 2016; Kemper, Vandepute, Rice, Cheung, & Gubarchuk, 1995). Buen ejemplo de ello son conductas por parte de la familia que se pueden detectar en el contexto sociosanitario. Muchas veces las familias piensan que sus

familiares enfermos no tienen suficiente capacidad cognitiva para tomar una decisión sobre su salud y/o tratamiento, por lo que los excluyen y deciden por ellos, aunque en otros casos puede ser que la familia quiera proteger al mayor de las verdaderas dificultades de la enfermedad (Shin et al., 2018; 2019).

Respecto a la figura del cuidador informal, el edadismo también ha sido detectado en este grupo (Shin et al., 2019; Wyman, Shiovitz-Ezra, & Parag, 2019), siendo necesario recalcar que los/as cuidadores/as informales con mayor sobrecarga de trabajo (burden) mostraron más actitudes negativas hacia los mayores (Loi et al., 2015). El abordaje del edadismo en el/la cuidador/a informal y en la familia no ha sido tan estudiado como sí es el caso de los estudiantes y profesionales sociosanitarios, colectivo en el que se han logrado mejorar la percepción y actitudes hacia el envejecimiento mediante intervenciones educativas y el contacto intergeneracional (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015; Eymard & Douglas, 2012). Son necesarias intervenciones que abarquen a los/as cuidadores/as y a la familia. Las intervenciones dirigidas a estos grupos poblacionales, al menos de momento, no ha reportado unanimidad en cuanto a sus beneficios (Abrams et al., 2006), pudiendo ser las mejoras en la percepción del envejecimiento debidas a formaciones específicas previas del individuo (Menéndez et al., 2016).

El edadismo se ha asociado al abuso o maltrato de las personas mayores con frecuencia, tanto a nivel físico como psicológico (Levy, 2018; Kagan 2008; Kagan & Meléndez-Torres, 2015; Mysyuk, Westendorp, & Lindenberg, 2013; North & Fiske, 2012; Palmore, 1990). En palabras de Levy (2018), el maltrato dirigido a personas mayores se ha visto especialmente incrementado en el entorno familiar (Breckman & Pillemer, 2014; Dong, 2014; Pillemer, Connolly, Breckman, Spreng, & Lachs, 2015). Según la OMS (2020a), el abuso o maltrato de personas mayores es definido como “un acto único o repetido u omisión, que sucede en cualquier relación en la que existe cierta expectativa de confianza y que causa daño o angustia en la persona mayor, pudiendo incluir en esta categoría al abuso físico, sexual, psicológico/emocional, financiero, abandono, negligencia, y pérdida de dignidad o respeto”. La OMS (2020a) también estimó que 1 de cada 6 personas mayores han referido sufrir algún tipo de abuso en el contexto comunitario, añadiendo que la prevalencia del maltrato a mayores, situada en el último año en el 15,7%, puede verse subestimada ya que solo 1 de cada 24 casos son denunciados por miedo del mayor. Buen ejemplo de ello son las prevalencias reportadas en Europa que van desde el 2,2% en Irlanda hasta el 61,1% en Croacia (Ajdukovic, Ogresta, & Rusac, 2009; Naughton et al., 2012; Dong, 2015). Alarmantes son también las cifras de prevalencia de abuso por cuidadores de la

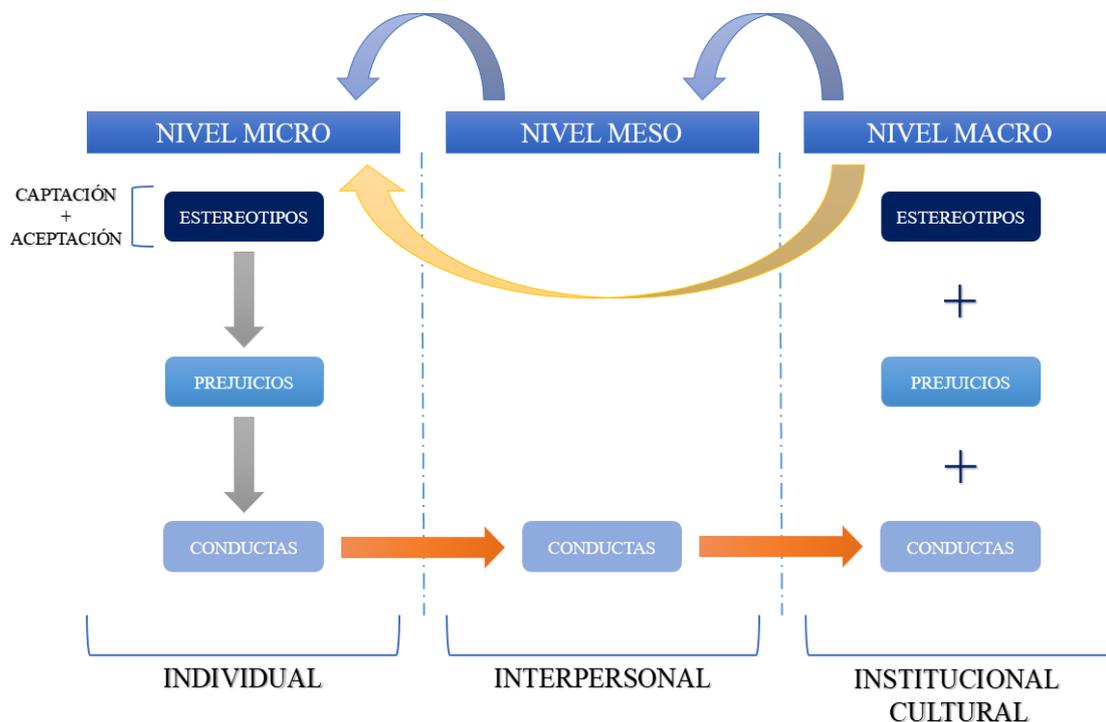
familia, ya que una revisión sistemática reportó que entre el 11-20% de los cuidadores afirmó cometer abuso físico, mientras que entre el 37-55% reconoció maltrato de cualquier tipo (Cooper, Selwood, & Livingston, 2008). Otra revisión sistemática reciente informó de que el maltrato a la persona mayor puede asociarse a múltiples efectos adversos tales como la angustia psicosocial, la morbilidad y mortalidad prematura, mayor uso de los servicios de salud, especialmente servicios de emergencias y hospitalización, etc. (Dong, 2015).

Entendidas ya las graves consecuencias que tanto el edadismo como el maltrato pueden propiciar en las personas mayores, este trabajo invita a una mayor profundización de la discriminación por edad en el contexto familiar. Los profesionales sociosanitarios, al ser un colectivo que aborda los problemas sociales y de salud tanto de las personas mayores, como de sus familias, sin duda, representan un colectivo de gran protagonismo en esta tarea, pudiendo ser partícipes en la difusión de conocimientos sobre la discriminación por edad y elaborar distintas intervenciones para hacer frente a la misma. El presente trabajo trata de abarcar ambas vías.

#### 1.4.3.3. Edadismo Institucional

El desarrollo de este apartado requiere una explicación previa al concepto “edadismo institucional”. Tal y como citan autores como McGowan, (1996), Palmore (1999), Hagestad y Uhlenberg (2005) e Iversen et al. (2009), el edadismo es un tipo de discriminación que puede acontecer en 3 niveles: micro, meso y macro. El *nivel micro* comprende lo individual y personal, es decir, la propia captación y aceptación de las creencias y estereotipos (cognitivo), la elaboración de prejuicios (afectivo) y la conversión de estos en comportamientos (conductual), los cuales pueden dirigirse a uno mismo como es el caso de conductas poco saludables y la profecía autocumplida, o hacia otras personas. Cuando las actitudes edadistas (estereotipos, prejuicios y comportamientos) traspasan la línea de lo individual y se ven inmiscuidas entre las relaciones sociales (interpersonal) de 2 o más personas en forma de comportamientos discriminatorios pasan a formar parte del *nivel meso*. Para terminar, el *nivel macro* representa el edadismo segregado por distintas instituciones (el sistema sociosanitario, los medios de comunicación, las empresas, etc.) o por la misma cultura. Es destacable el trabajo de Hagestad y Uhlenberg (2005), quienes detallan la gran importancia del nivel meso a la hora de ejercer de mediador entre el nivel micro y el macro, destacando la utilidad de este nivel a la

hora de intervenir sobre la discriminación por edad. La [Figura 32](#) ilustra de forma resumida la progresión de los distintos niveles del edadismo:



**Figura 32.** Progresión de los distintos niveles de edadismo. Fte.: Elaboración propia.

En los siguientes subapartados se abordará el edadismo en el sistema sociosanitario, los medios de comunicación y el entorno legal y laboral.

#### 1.4.3.3.1. Edadismo en el sistema sociosanitario

El aumento de la esperanza de vida y el decrecimiento de las tasas de natalidad han desencadenado un envejecimiento demográfico de la población (ver el apartado 1.1.1.). En esta población cada vez más envejecida, concretamente a nivel comunitario, un amplio porcentaje de personas mayores han reportado sufrir discriminación por edad (Barber & Tan, 2018; Han & Richardson, 2015; Hooker et al., 2019; Jackson et al., 2019; Palmore, 2001; UDP, 2019). Aunque, la presencia de este tipo de discriminación haya sido corroborada en las relaciones interpersonales, el contexto sociosanitario no está exento de actitudes edadistas (Hooker et al., 2019; Phibbs & Hooker, 2018; Shin et al., 2019).

Si bien múltiples estudios confirman que un nivel académico elevado está asociado a una mejor percepción del envejecimiento (Castellano, 2014; Freeman et al., 2016; Lasagni et al., 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014), resulta sorprendente que haya estudios que

reporten que un gran número de los profesionales sanitarios, la mayoría con una gran formación en envejecimiento y asistencia a los mayores, sucumban ante el edadismo y sus actitudes. En la revisión sistemática de Chang et al. (2020), los autores detectaron la presencia del edadismo en estudiantes y profesionales del ámbito de la salud en el 92,9% de los artículos que revisaron, por lo que el abordaje de la discriminación por edad en el entorno sociosanitario es de máxima prioridad. Estudiantes universitarios de enfermería (Duran-Badillo et al., 2016; Godoy et al., 2017; Sarabia & Castanedo, 2015), medicina (Lucchetti, Lucchetti, de Oliveira, Moreira-Almeida, & da Silva Ezequiel, 2017), psicología (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Ragan & Bowen, 2001) etc. no están libres de actitudes edadistas, y lo mismo sucede con profesionales de enfermería, de medicina, auxiliares de enfermería, trabajadores/as sociales, cuidadores directos, etc. (Eymard & Douglas, 2012; Franco, Villarreal, Martínez, & Galicia, 2010; Kagan & Melendez-Torres, 2015; Makris et al., 2015). A pesar del predominio de una visión negativa del envejecimiento en estos colectivos, hay trabajos que hacen alusión a una percepción contraria del mismo. Aristizábal-Vallejo et al. (2009) refirieron que una muestra de estudiantes universitarios del ámbito de la salud y otras disciplinas mostró una visión del envejecimiento intermedia. Lo mismo sucede con León, Correa-Beltrán y Giacaman (2015), que reportaron lo mismo, esta vez en una muestra de estudiantes de odontología, actividad física y terapia en comunicación. A su vez, Shima et al. (2016) declararon que los alumnos universitarios mostraron menores niveles de discriminación por edad que los de primaria, evidenciando esto la influencia del nivel educativo en el contexto del edadismo.

Phibbs y Hooker (2018) y Shin et al. (2019) estiman la prevalencia de la discriminación por edad en el contexto sociosanitario en el 10% y el 31% respectivamente. Aun así, dicha estimación no es tarea fácil, ya que como hemos dicho anteriormente, un escaso porcentaje de personas mayores se atreve a denunciar sus experiencias edadistas, especialmente cuando estas corresponden a maltratos o abusos OMS (2020a). Sin embargo, con el paso de los años han sido publicados diversos trabajos que se aventuran a determinar estas cifras de prevalencias. Las revisiones sistemáticas de Cooper et al. (2008) y Daly, Merchant y Jogerst (2011) hacen énfasis en 3 estudios concretos para determinar la prevalencia del abuso de mayores en centros sociosanitarios. El primer estudio, el de Pillemer y Moore (1989), indica que el 36% de enfermeras y auxiliares de centros sociosanitarios declaró haber presenciado un incidente de abuso físico en el último año y el 81% había observado un incidente de abuso psicológico,

admitiendo el 10% de los/as profesionales que habían ejercido en contra de los mayores. El segundo estudio, realizado en este caso por Mercer, Heacock y Beck (1993) en una muestra de auxiliares de enfermería, reportó que el 93% de ellos/as manifestó haber visto u oído sobre maltratos y abusos en contra de los residentes. El tercer estudio, elaborado por Jogerst, Daly, Dawson, Peek-Asa y Schmuck (2006), reflejó que los administradores y directores de enfermería de 409 centros de mayores reportaron 18,4 casos de abuso por cada 1000 residentes el último año, con 5,2 de esos casos corroborados.

La aceptación de estereotipos negativos del envejecimiento puede provocar en los estudiantes y profesionales del ámbito sociosanitario diversas conductas discriminatorias que pueden afectar a la calidad de la asistencia y de los cuidados ofertados a este grupo de población, entre las que destacan: menor interés y formación sesgada en geriatría y gerontología, comunicación inadecuada sobre la salud con el paciente y la familia, infradiagnóstico, infratratamiento, exclusión en la investigación, negación al acceso a servicios sanitarios y tratamientos, etc. (Chang et al., 2020; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Kagan & Melendez-Torres, 2015; León et al., 2015; Makris et al., 2015; Shima et al., 2016).

Aparte de esas conductas discriminatorias, como se ha citado anteriormente (ver el apartado 1.4.3.1.), la presencia del edadismo se ha asociado también a una mayor prevalencia de múltiples patologías como son: enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias, problemas circulatorios, trastornos musculoesqueléticos, DM, enfermedades mentales y otras enfermedades no transmisibles (Allen, 2016; Chang et al., 2020; Levy et al., 2020; Wurm et al., 2007), por lo que la discriminación por edad, además de afectar a la calidad de los cuidados, también deteriora considerablemente la salud de las personas mayores, pudiendo traducirse esto en un mayor uso de los servicios sociosanitarios y de esta forma en un mayor gasto económico (Dong, 2015). Unido a esto, el aumento de la prevalencia de patologías crónicas debido a la edad tampoco facilita la situación (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019). Esto queda confirmado por Levy et al. (2020), los cuales indicaron que en los Estados Unidos, la discriminación por edad dio lugar a un coste de \$ 11.1 mil millones en 2013, con previsiones al alza en el futuro. No obstante, las actitudes positivas hacia el envejecimiento y una visión positiva y realista del envejecimiento promueven comportamientos de salud saludables en las personas mayores (Emile, Chalabaev, Stephan, Corrion, & d'Arripe-Longueville, 2014). Un ejemplo de ello es el envejecimiento activo, que ha resultado mostrar numerosos beneficios en la salud

de las personas (Caprara et al., 2013; Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino, 2015; Mendoza-Ruvalcaba & Fernández-Ballesteros, 2016; Minichiello et al., 2000; Walker, 2002) (ver en el apartado 1.2.2.4.). Contempladas las ventajas del envejecimiento activo a la hora de mejorar la salud de las personas, y otras intervenciones destinadas a mejorar la percepción y actitudes del envejecimiento, como pueden ser las intervenciones educativas o el contacto intergeneracional (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015), las cuales serán explicadas más adelante (ver en el apartado 1.5.3.), abordar la discriminación por edad podría ser útil para reducir los costes relacionados con la salud (Jackson et al., 2019).

#### *1.4.3.3.2. Edadismo en los medios de comunicación*

En una sociedad en la que prevalece una visión del envejecimiento mayormente negativa, es necesario mencionar la relevancia de los medios de comunicación, tales como la televisión, la radio, la prensa, internet, etc., ya que estos representan un recurso vital en la difusión y refuerzo de dichas imágenes estereotipadas (Loos & Ivan, 2018; Portal de Mayores, 2012; Shima et al., 2016). El enfoque negativo del envejecimiento que predomina en los medios de comunicación ha sido ampliamente documentado a lo largo de los años, y no solo en la prensa escrita y audiovisual, ya que medios como la literatura y el cine también han descrito a las personas mayores como aburridas, maniáticas, de pobre memoria, incompetentes, solitarias y enfermas (Levy et al., 2016; Nelson, 2005; Palmore, 1990). Tal y como indican Levy (2016) y Lytle y Levy (2019), junto con la difusión de los medios, la escasa educación sobre envejecimiento representa la principal causa del edadismo en la sociedad. Para aportar una descripción lo más concisa de la presencia e imagen de las personas mayores en los medios, a continuación se aportan distintos ejemplos procedentes de trabajos en el ámbito hispanohablante:

- Según Fernández-Cid, Martín y Cáceres (2008), a pesar del protagonismo que las personas mayores han ido adquiriendo en los medios de comunicación en los últimos años, y de los intentos de plasmar una imagen de diversidad y heterogeneidad, predomina la polarización entre los perfiles y relatos, es decir, por un lado se muestran imágenes muy positivas de las personas mayores, activas y protagonistas de su ciclo vital, y por otro una imagen de los mayores completamente negativa, llena de problemas de salud, inactivas y despojadas de la sabiduría, dando

esto a entender la alternancia entre estereotipos positivos y negativos de la vejez, los cuales no se ajustan a la realidad de este grupo de edad (Palmore, 1999; Roy & Hardrood , 1997).

- A través del “*Libro Blanco del Envejecimiento Activo*”, el IMSERSO (2011) concluyó que las personas mayores suelen ser invisibles para los medios de comunicación, y que cuando son incluidas, estas son representadas de forma homogénea y sesgada. Las personas mayores suelen ser protagonistas de las secciones de sucesos, siempre cargadas de negatividad, siendo descritas como personas con la salud muy deteriorada, frágiles y dependientes, que debido a ello consumen múltiples recursos económicos, sanitarios y sociales. También son idealizadas como beneficiarios de programas de ternalismo social, como las “vacaciones del IMSERSO” o similares. Estas imágenes dan lugar a la exclusión social y marginación, haciéndolas así invisibles.
- La revisión realizada por Mancebo-Aracil (2014) determinó una mayor presencia de las personas mayores en el campo de la publicidad (61%), que en el contenido no publicitario (noticiarios, programas, series, etc) (31%) u en otro tipo de contenidos audiovisuales (8%), aludiendo esto a un especial interés de los medios por concebir a las personas mayores como potenciales consumidores. Este autor cita a Ye y Ward, (2010), los cuales dirigieron un estudio que analizó la presencia de personas mayores en series de televisión de temática médica. En una sociedad que asocia el envejecimiento con la enfermedad, es cuanto menos curioso que en series ambientadas en el contexto médico las personas de 65 años o más tengan una presencia únicamente del 5%.
- El estudio realizado por Bravo-Segal (2018) analiza el edadismo en la prensa digital, concretamente de 2 periódicos españoles y 2 chilenos. Los términos más frecuentes para referirse a las personas mayores fueron “adulto mayor” (21,6%), “anciano/a” (19,9%), “abuelo/a” (15,2%), “viudo/a” (6%) y “jubilado/a” (5,6%). Los porcentajes de este estudio denotan una clara superioridad de nomenclaturas negativas y peyorativas para dirigirse a los mayores. Respecto a los titulares, al igual que sucede con las nomenclaturas, están claramente enfocados hacia el polo negativo: “persona mayor como víctima de tragedia, muerte, vulnerabilidad u otro” (32,2%), “persona mayor como miembro del

colectivo o apodo connotativo” (28,2%) y “persona mayor beneficiaria de bienes, recursos o servicios” (9,3%).

- Según un estudio aún no publicado de la Universidad de Deusto (Muramendiáraz, 2019), entre los estereotipos más frecuentes encontrados en la prensa escrita de Bizkaia y Gipuzkoa, podemos encontrar los siguientes: en el ámbito sociolaboral “pensionista” (35,59%), “jubilado/a” (28,81%) o ambos (35,59%); en el ámbito sociosanitario “vulnerabilidad” (48,03%), “enfermedad” (28,57%) y “dependencia” (25,39%); y en el ámbito sociocultural “actividad y ocio” (12%) y “otros” (88%), entre los que destacan lugares como la calle, hogares del jubilado, centros culturales, residencias, centros de día y domicilios. Cabe destacar que el 49,18% identificaron a las personas mayores con una imagen activa tanto físicamente como intelectual y socialmente; el 21,31% las identificaron como neutras y el 9,83% como inactivas. La denominación del colectivo de personas mayores también fue novedosa, ya que casi la mitad de las noticias las enunciaba como “mayores/personas mayores” (48%), el 36% de las noticias los nombraba como “jubilados” y el 23% como “pensionistas”. Entre los problemas relacionados con la vejez destacaron las pensiones con un 30,08% y la vulnerabilidad con el 25,20%. Las personas mayores tuvieron una escasa representación como fuente de información, ya que de las noticias incluidas en el estudio, solo el 7,86% fueron recogidas por mediación de las personas mayores.

#### ***1.4.3.3.2.1. Edadismo en tiempos de la COVID-19***

Una situación reciente que ha evidenciado aún más la presencia e influencia del edadismo en nuestros medios de comunicación es la reciente pandemia de la COVID-19. En diciembre del 2019 se reportó un agrupamiento de neumonías de causa desconocida en la ciudad de Wuhan (Hubei, China). Días más tarde, concretamente el 7 de enero del 2020, el microorganismo causante de tales neumonías fue identificado como un nuevo virus al que denominaron “severe acute respiratory syndrome coronavirus” o SARS-CoV-2, siendo definida la enfermedad que causaba como “enfermedad por coronavirus 2019” (COVID-19). Esta enfermedad fue declarada como pandemia el 11 de marzo del 2020 (OMS, 2020b; Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

[RNVE], 2020). A día 7 de agosto del 2020, el número de casos diagnosticados de COVID-19 en España es de 309.855 personas (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias [CCAES], 2020). Según la RNVE (2020), a esa misma fecha, el porcentaje de hospitalizaciones y defunciones aumenta con motivo de la edad, alcanzando el 21,9% y 3,8% en personas mayores de 79 años, respectivamente.

Ha de admitirse que una mayor edad representa un mayor riesgo de mortalidad por la COVID-19. Aun así, durante la epidemia, los medios de comunicación han representado a las personas mayores como un grupo homogéneo y especialmente vulnerable ante esta emergencia sanitaria, llegando a destacarse la idea de que esta enfermedad “es un problema de personas mayores”, traduciéndose esto en un mayor distanciamiento intergeneracional (Ayalon, 2020; Zhou et al., 2020). Brooke y Jackson (2020) ejemplifican la brecha intergeneracional producto de la pandemia mencionando el hashtag #BoomerRemover, trending topic promovido en redes sociales por personas jóvenes, las cuales se han burlado de la mayor tasa de mortalidad de la COVID-19 en mayores, normalizando a la vez dichas pérdidas. Según estos autores, esta degradación del valor de la vida de las personas mayores puede desembocar en sentimientos de carga e inutilidad en los mismos mayores. El aislamiento y distanciamiento social requeridos por esta crisis sociosanitaria también puede tornarse en contra de la salud de la persona mayor, viéndose aún más vulnerable frente a la dependencia tecnológica de lo digital, y pudiendo tornarse en problemas de salud como la depresión y la soledad (Ayalon et al., 2020).

Rahman y Jahan (2020) sugieren a los medios evitar la perspectiva de la edad cronológica al presentar el impacto global de COVID-19, ya que esta perspectiva no hace más que reforzar y acelerar la discriminación por edad y sus consecuencias. La categorización por edad de los adultos mayores en medios puede tener un impacto desproporcionado en la salud mental de la persona mayor, pudiendo desarrollar sintomatología depresiva, estigmatización, síntomas psicóticos, etc., aún desconociendo el verdadero impacto de la COVID-19 en la salud mental. A 24 de marzo de 2020, la SEGG advirtió al Ministerio de Sanidad que las residencias y centros sociosanitarios son el recurso más vulnerable ante la pandemia (entre el 4 y 6% de las personas de 70 años o más reside en estos centros), solicitando un mayor apoyo y protección para su abordaje, y la aplicación de un criterio que anteponga la edad biológica sobre la cronológica para desestimar ingresos en unidades tales como las

unidades de cuidados intensivos (UCI) (Tarazona-Santabalbina, Martínez-Velilla, Vidán, & García-Navarro, 2020). La priorización de la edad biológica sobre la cronológica a la hora de abordar la COVID-19 es una idea que es respaldada en varios trabajos. Por ejemplo, en el trabajo de Hewitt et al. (2020), estos autores concluyeron que en una muestra europea de personas hospitalizadas, la fragilidad predecía la evolución de dicha enfermedad de mejor manera que la edad o la comorbilidad.

La actitud edadista de los medios y la población general no facilita la difícil situación que en especial están viviendo el colectivo de personas mayores, ya estén institucionalizadas o no. Son destacables decisiones políticas como la de Boris Johnson, Primer Ministro Británico, que al comienzo había sugerido únicamente el aislamiento de los mayores de 70 años por 4 meses, mientras que de los demás grupos de edad no (Ayalon, 2020; Sparrow, 2020). No obstante, según Fraser et al. (2020), aún hay atisbos de solidaridad intergeneracional, siendo ejemplo de ello las personas jóvenes que apoyan a las personas mayores durante su aislamiento en la realización de tareas domésticas, en mantenerlos socialmente conectados, ni que decir la extraordinaria labor del personal sociosanitario en su incansable labor de ayudar a otros.

Para dar paso la situación actual del edadismo en el entorno laboral y cerrar el presente apartado, han de mencionarse 2 acontecimientos trascendentes en lo que respecta al edadismo y su presencia en los medios de comunicación (Portal de Mayores, 2012). En primer lugar, en 2005, se llevó a cabo en Santander un seminario organizado por el IMSERSO y la Universidad Menéndez Pelayo, que concluyó con la firma de una declaración con propuestas para una difusión de una imagen del envejecimiento más acotada a la realidad que incluía las siguientes medidas: mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, igualdad de grupos de edad en la difusión de contenido, evitación del lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio, mayor presencia de los mayores en los medios y poner fin a la invisibilidad. En segundo lugar, en el 2009 en Madrid, en la conclusión del III Congreso Estatal de Personas Mayores, se exigió a los medios de comunicación privados y públicos que se adaptasen para poder dar a las personas mayores y sus organizaciones una mayor atención. Este tipo de acontecimientos, junto con una mayor presencia de los mayores en los medios, invitan al optimismo,

aunque aún queda mucho por hacer, ya que el edadismo está muy presente en los medios de comunicación.

De la mano con lo anterior, a nivel nacional, concretamente dentro de la SEGG, existe un grupo de trabajo llamado “imagen y envejecimiento”, que persigue promover una imagen realista y no estereotipada de las personas mayores en los medios de comunicación. Para lograr dicho fin, este grupo de trabajo recoge contenido audiovisual, véase campañas de publicidad, programas e iniciativas que dispongan de personas mayores como protagonistas, compartiendo dicho contenido en reuniones y redes sociales, valorando y diseñando iniciativas a partir del material revisado y presentándolas en cada congreso anual de la SEGG (SEGG, 2020b).

### *1.4.3.3. Edadismo en el entorno legal y laboral*

La discriminación por edad en el trabajo es un epígrafe que vale la pena detallar, ya que la *legislación* vigente en contra del edadismo gira en torno a este ámbito. La primera ley conocida que incide sobre el edadismo en el trabajo surgió en Estados Unidos en 1967, y es la denominada “*Age Discrimination in Employment Act*” o ADEA. Esta ley prohíbe la discriminación por edad en empleados de 40 años en el contexto laboral, incluyendo temas como la contratación, el despido, la promoción y la compensación de los trabajadores mayores (The Age Discrimination in Employment Act, 1967).

En la Unión Europea (UE), la ley equivalente a la ADEA no llegaría hasta 1997 con el Tratado de Amsterdam, el cual se limitó al trato diferente a los empleados por motivo de la edad (Tratado de Amsterdam, 1997). Bajo el amparo de la Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, se procedió a luchar contra despidos forzados y a favor de la contratación, el empleo, el desarrollo profesional y la jubilación de las personas mayores (Directiva 2000/78/CE del Consejo, 2000), siendo esta ley acatada por todos los estados miembros de la UE en el año 2006 (Spencer, 2013). La Carta de Derechos Fundamentales de la UE (2000), en su artículo 21.1, prohíbe cualquier tipo de discriminación por diversos motivos, entre los que se incluye la edad.

En España, concretamente, el Artículo 14 de la Constitución Española (CE), relativa a la igualdad ante la ley, es de mención la ausencia de la edad en su

enunciado: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social” (Constitución Española [CE], 1978). Es destacable el llamamiento realizado Help International España (2020), los cuales, frente a la legislación vigente y la situación actual del edadismo en España, redactan un documento con propuestas como:

- Organizar el paso a la jubilación promoviendo alternativas de participación laboral, ocio y formación.
- Facilitar recursos habitacionales alternativos e intergeneracionales (cohousing).
- Dar respuesta pública al cuidado de las personas dependientes.
- Diseño de ciudades intergeneracionales.
- Ruptura con estereotipos y comprender las ventajas del envejecimiento.

Llama la atención también la presencia del edadismo en la política. Un buen ejemplo de ello es que a pesar de la invisibilidad de las personas mayores promovida por los medios de comunicación (IMSERSO, 2011; Portal Mayores, 2012), en tiempos de campaña electoral, el interés electoral por este grupo de edad despierta descaradamente, especialmente en lo relativo a la temática de las pensiones (Bárcena et al., 2009; de Lemus & Expósito, 2005; Gracia, 2011; Helduak Adi, n.d.), las cuales son un concepto altamente asociado al envejecimiento según la opinión de muchos consumidores de los medios, al igual que la percepción de ser beneficiarios de muchos de los recursos sociales ofertados por distintas instituciones (Amico, 2009; Bárcena et al., 2009; Bravo-Segal, 2018; Castellano & de Miguel, 2011; de Lemus & Expósito, 2005; IMSERSO, 2011; Melero, 2007; Moreno, 2010; Muruamendiaraz, 2019).

En el *entorno laboral*, existen diversas creencias edadistas respecto al rol de las personas mayores en el mismo. Naegele, De Tavernier y Hess (2018) narran creencias como las bondades de la jubilación anticipada para impulsar las oportunidades laborales de los grupos de edad más jóvenes y la creencia de que las personas mayores no son productivas. Estos autores recurren a los trabajos de Kalwij, Kapteyn y de Vos (2010), y Van Dalen, Henkens y Schippers (2010) para desmentir dichos mitos: mientras que el primer estudio concluye que la contratación de personas mayores se asocia a un aumento de las tasas de empleo de

las cohortes más jóvenes, el segundo refiere que una mayor proporción de trabajadores mayores se asocia a una mayor productividad.

En cuanto a la prevalencia de la discriminación laboral en el trabajo, Davis, Smith y Marsden (2003), a través de la General Social Survey, estiman que en los Estados Unidos, dicha cifra ha aumentado consistentemente desde el año 1977 hasta el 2002, pasando del 6% al 8,4% en trabajadores/as de cualquier edad y del 11,6% al 16,9% en trabajadores de 65 años o más (ILC, 2006). En un estudio a nivel nacional referente a la discriminación por edad percibida en el trabajo, los encuestados refirieron que la edad a partir de la cual empieza a ser difícil encontrar trabajo son los 46,9 años, añadiendo que en personas mayores de 50 años o más, la discriminación consiste mayoritariamente en la no contratación (92%), el despido (58%) y la prejubilación (40%) (Gabriel & Herranz, 2019). Ese mismo estudio indicó que la edad era la causa de discriminación más frecuente en el mercado laboral español (86,4%), quedando por detrás el sexo (69%) y la nacionalidad (66,3%).

La dificultad de las personas mayores a la hora de volver a ser contratadas queda reflejada en la preocupante tasa de parados de larga duración (12 meses o más) en los grupos de mayor edad, tanto en España como en Europa. Según el INE (2020e), en el año 2019, en España, el 49,2% de los hombres y el 53,8% de las mujeres desempleados/as entre 50 y 59 años eran parados/as de larga duración, mientras que en la UE, esas cifras se situaban en el 53,1% y 52,2% respectivamente. Los despidos y jubilaciones forzosas de las personas mayores (Harris et al., 2018), una menor oportunidad de promoción (Yeung, 2019) y la falta de oportunidades para encontrar trabajo (Chang et al., 2020) representan claras conductas edadistas llevadas a cabo por las empresas. Estas actitudes edadistas en el ámbito laboral pueden dar lugar a problemas como una mayor prevalencia de depresión y de angustia psicológica, una peor autopercepción de la salud, mayor insatisfacción laboral, menor compromiso laboral y una necesidad más intensa de tener que jubilarse (Gordon, 2020; Macdonald & Levy, 2016; Yeung, 2019).

Una vez descrita la situación del edadismo y sus consecuencias a nivel micro o personal (personas mayores), a nivel meso o interpersonal (entorno familiar) y a nivel macro o institucional (sistema sociosanitario, medios de comunicación, legislación y entorno laboral), es confeccionada la [Figura 33](#) que pretende resumir de manera breve

y clara las principales consecuencias de la discriminación por edad a nivel micro, meso y macro.

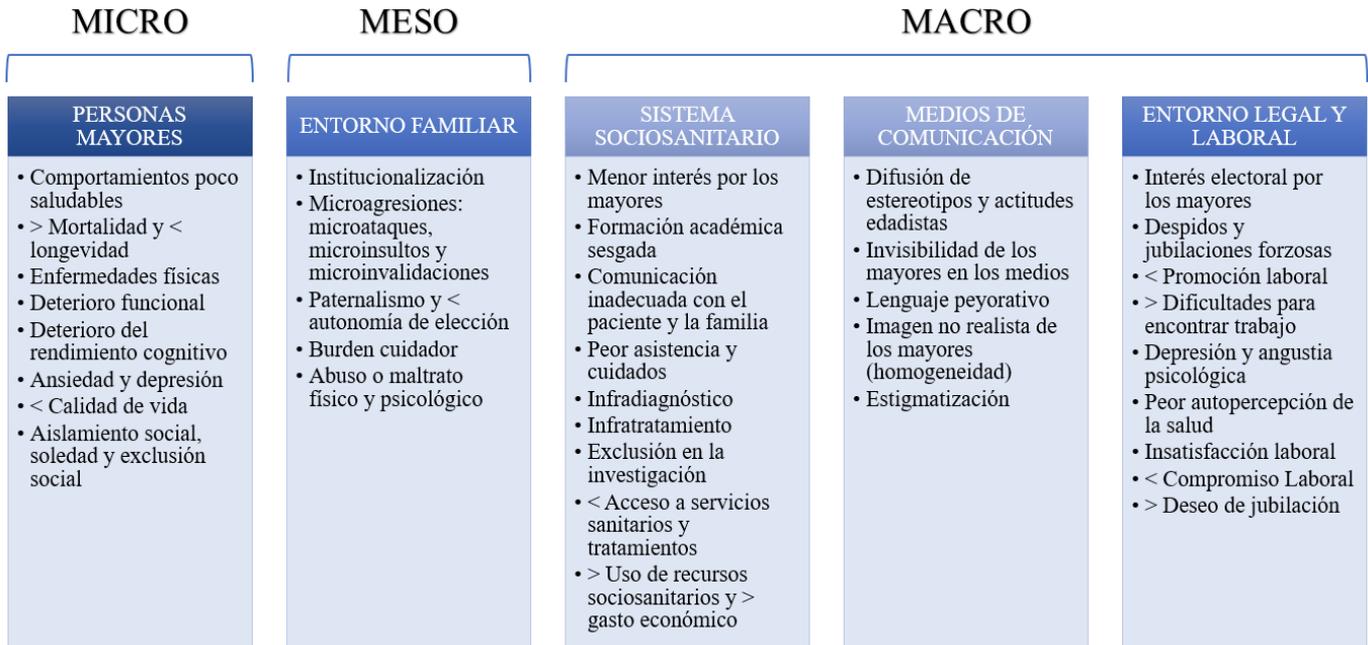


Figura 33. Consecuencias del edadismo a nivel micro, meso y macro. Fte.: Elaboración propia.

#### 1.4.4. Desmintiendo estereotipos negativos del envejecimiento

Con el fin de ser fiel a la metodología de los estudios que componen esta Tesis Doctoral, en el presente apartado se desmentirán de la forma más breve y empírica posible varios de los estereotipos negativos del envejecimiento más frecuentes de nuestra sociedad, los cuales, en este caso, proceden del CENVE y sirven como ítems para el mismo. Este cuestionario ha sido la herramienta seleccionada para evaluar la percepción del envejecimiento de las muestras que forman parte de los ESTUDIOS I, II & III de este documento (ver en el apartado 2.2.1.3.1.).

**1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.**

FALSO

- Un estudio reciente en el ámbito nacional cifró la prevalencia del deterioro cognitivo en personas de 65 años o más que acuden a la consulta de AP en un 18,5%. Este porcentaje aumenta progresivamente a

mayor edad, pasando de un 5,2% en personas entre 65 a 69 años al 45,3% en personas de 85 años o más (Vega-Alonso et al., 2018).

- Rodríguez-Sánchez et al. (2011) reportaron en una muestra de personas mayores de 65 años que vivía en el área urbana de Salamanca una prevalencia del deterioro cognitivo del 19%, 14,7% para el deterioro cognitivo sin demencia (CIND) y 4,9% para la demencia. La prevalencia del deterioro cognitivo aumentó con la edad, pasando del 13% en personas entre 65 y 69 años al 43,8% en personas de 85 años o más.
- Otro estudio previo realizado en Murcia estimó en una muestra de personas entre 65 y 96 años, una prevalencia para el DCL amnésico de un 8,7%, de un 14,5% para el CIND y del 5,5% para la demencia. La demencia se asoció con la edad pasando de una prevalencia del 0,3% en personas entre 65 y 69 años al 21,6% en personas de 85 años o más (Gavrila et al., 2009).

Teniendo en cuenta los anteriores estudios en España, en nuestro territorio, el deterioro cognitivo es una condición de salud que en personas de 65 años o más se mantiene en porcentajes no muy elevados. Aun así, según las personas van envejecimiento, el deterioro del estado cognitivo va haciéndose más notable en el colectivo de las personas mayores, pudiendo incluso suceder una conversión a la demencia. Aun así, dichos porcentajes se sitúan por debajo de la mitad de la población mayor, por lo que no se puede generalizar que la mayoría de personas a partir de 65 años comienzan a tener problemas de memoria considerables.

## **2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.**

FALSO

- Salzman (2006) cita 2 estudios para desmentir el mito del escaso interés sexual de las personas mayores. En primer lugar, Bretscheider y McCooy (1988) reportaron en su estudio compuesto por personas entre 80 y 102 años, que el 62% de los hombres y el 30% de las mujeres refirieron haber practicado relaciones sexuales actualmente, añadiendo que el 83% de los hombres y el 64% de las mujeres participaron en otras formas de expresión sexual. En segundo lugar, Gott y Hinchliff (2003) indicaron que la disponibilidad de un compañero, el estado de salud y las

expectativas de permanecer sexualmente activo/a influyen directamente sobre la continuación sexual, y no el envejecimiento en sí.

- Una revisión realizada por Scherrer (2009) sobre la imagen de la sexualidad y el envejecimiento divulga varios trabajos que confirman que las personas mayores son seres altamente sexuales y con pensamientos y deseos sexuales que persisten para la mayoría de personas hasta edades avanzadas (Hodson & Skeen, 1994), resaltando la importancia de la sexualidad en la vida diaria de las personas para facilitar una salud física y mental saludable (Bailey, 2006).
- En una población de personas mayores entre 60 y 75 años, en el caso de los hombres, el estado de salud general, más que la edad cronológica, resultó ser el principal predictor del cambio en el interés y disfrute sexual (Traeen, Štulhofer, Jurin, & Hald, 2018). En el caso de las mujeres, el principal predictor fueron factores interpersonales, concretamente el número de años de relación y la cercanía emocional durante el sexo.

Considerando lo anterior, las personas mayores permanecen sexualmente activas y procesan interés sobre la sexualidad. El envejecimiento, per se, no representa la principal causa de desinterés o inapetencia sexual, ya que dichos problemas realmente se sustentan en factores como la salud de la persona mayor, las expectativas por mantenerse sexualmente activo/a o factores interpersonales como la duración de la relación y la cercanía emocional durante las relaciones sexuales. Es destacable también la influencia de mantenerse sexualmente activo para la consecución de un envejecimiento saludable.

### **3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”**

FALSO

- El estudio de Neupert, Almeida y Charles (2007), que examinó las diferencias en distintos grupos de edad del control en la reactividad física y emocional frente a factores estresantes de índole interpersonal, laboral, social y doméstico, sugirió que una mayor edad se asoció a una menor reactividad emocional y física a factores de estrés interpersonales, añadiendo que el alto dominio adquirido con el tiempo fue un factor que amortiguó la reactividad física ante factores estresantes tanto en jóvenes como en mayores, incluyendo también ese dominio en la reactividad emocional de adultos de mediana edad.

- Stawski, Sliwinski, Almeida y Smyth (2008) dirigieron un estudio cuyo objetivo fue comparar la reactividad emocional frente a la exposición de factores estresantes diarios en personas jóvenes y en personas mayores. Las personas mayores refirieron una menor exposición diaria a factores estresantes y una reactividad emocional que no difería de la de los jóvenes. Un mayor estrés global percibido se asoció a una mayor frecuencia de exposición diaria a factores estresantes en personas mayores y a un mayor afecto negativo en jóvenes.
- En un trabajo de Brose, Scheibe, y Schmiedek (2013) compararon la variabilidad y reactividad emocional en personas jóvenes y mayores frente a eventos específicos de cada grupo de edad. Dicha investigación reportó una menor exposición de las personas mayores a factores estresantes, perfiles estresores menos heterogéneos y un menor impacto de dichos acontecimientos en la rutina diaria de los mayores, alegando esto a una mejor variabilidad y reactividad emocional de las personas mayores en comparación a las jóvenes.

Tal y como concluyen las anteriores investigaciones, las personas mayores son un colectivo que presenta una reactividad física y emocional similar o incluso mejor que las personas jóvenes, manteniéndose a la vez las primeras menos expuestas a situaciones estresantes del día a día.

**4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales.**

FALSO

- Existe un patrón ascendente de la depresión según avanza la edad entre los 20 y 50 años en hombres y entre 20 y 70 en mujeres (Stordal, Mykletun, & Dahl, 2003). Una vez superados esos rangos de edad, la asociación entre la edad y la sintomatología depresiva no presenta un patrón tan claro, por lo que se duda de una mayor prevalencia de la depresión en personas mayores en comparación a otros grupos de edad.
- Con el fin de estimar la prevalencia de los trastornos mentales de las personas mayores en países europeos, Andreas et al. (2017) informó de que los trastornos mentales más frecuentes en este grupo de edad fueron los trastornos de ansiedad (17,2%), seguidos de los trastornos afectivos

(13,7%) y los trastornos por adición a sustancias (8,9%). La ciudad que representaba a España en la investigación, Madrid, se situó entre las ciudades con mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mayores (18,3%), pero de menor prevalencia en trastornos afectivos (12,4%).

- Un metaanálisis a nivel europeo afirmó que la EA, la cual representa el tipo de demencia más frecuente en nuestro medio, ha mostrado una prevalencia del 5,05%, en hombres un 3,31% y en mujeres un 7,13% (Niu, Álvarez-Álvarez, Guillén-Grima, & Aguinaga-Ontoso, 2017). Otros estudios, en este caso en Estados Unidos, confirman que la prevalencia de esta enfermedad neurológica aumenta con la edad, pasando de un 5% en personas entre 71 y 79 años a un 37,4% en mayores de 90 (Plassman et al., 2007).
- La prevalencia de ACVs en una muestra de personas de 60 años o más residente en Singapur fue del 7,6%, asociándose a la misma variables como la etnia malaya, la hipertensión arterial (HTA), los problemas cardíacos, la DM y la demencia (Teh et al., 2018).
- Cisneros y Ausín (2019), en su revisión sistemática, para estudiar la prevalencia de la ansiedad en personas mayores, compiló un total de 2983 artículos en inglés y español publicados entre enero del 1998 y abril del 2017, seleccionando finalmente 36 artículos. Según dicha revisión, el estudio de la prevalencia de la ansiedad generalmente se ha limitado a muestras de la población general, sin considerar el empleo de escalas o cuestionarios validados para la población mayor. Bajo esa premisa la prevalencia de la ansiedad oscilaba entre el 0,1% y el 17,2% para las personas de más de 65 años. En el momento de trabajar sobre muestras de personas mayores con instrumentos adecuados, esa tasa de prevalencia se situó en el 20,8%. Esta misma revisión concluyó que existe una correlación negativa entre la sintomatología ansiosa y la edad, por lo que sugiere que las personas mayores padecen menos trastornos de la ansiedad que otras poblaciones más jóvenes.

Enfermedades cognitivas y metales incapacitantes como pueden ser la depresión, la ansiedad, la EA o los ACVs, presentan prevalencias que no se ciñen al concepto de mayoría social, por lo que no todos los mayores por su edad cronológica tienen que llegar a dicho desenlace. El aumento de la prevalencia de la EA o el ACV con la edad, incluyen porcentajes que no se ajustan a la totalidad social establecida por el saber popular. Hay

enfermedades como la ansiedad y la depresión que incluso son menos frecuentes en las personas mayores en comparación a otros grupos de edad.

#### **5. Las personas mayores tienen menos amigos/as que las más jóvenes.**

FALSO

- McCamish-Svensson, Samuelsson, Hagberg, Svenssoon y Delhi (1999) examinaron la relación entre el apoyo social de la familia y los amigos/as, la salud y la satisfacción vital en personas suecas de 80 años. Las personas mayores refirieron estar bien integrados con la familia y amigos/as. Si bien el número de amigos/as disminuye en esas edades debido a las pérdidas, el contacto con los amigos/as cercanos aumenta con la edad. Este estudio relata que ni la relación con niños ni con amigos/as se asocia a la satisfacción de la vida, pero sí el contacto con los hermanos/as.
- Cavallero, Morino-Abbele y Bertocci (2007) analizaron la vida social de las personas mayores, su nivel de satisfacción con las amistades y sus opiniones sobre la soledad y su capacidad de estar solos/as en la vejez. Este estudio concluyó que las personas mayores están bastante satisfechas con su vida social y creen que la soledad puede condicionar su calidad de vida y su capacidad para vivir solos/as.
- Según el Portal Mayores (2012), las personas mayores poseen una red social menos extensa debido a que muchas de sus amistades han fallecido, incluyendo sus propias parejas, aun así, estas relaciones sociales son más gratificantes y leales, haciendo un especial énfasis al círculo familiar de la persona mayor.
- La escasez de amistades puede darse en cualquier grupo de edad, no es necesariamente característico de las personas mayores, ya que está sujeta a múltiples factores, como pueden ser la personalidad, la habilidad para relacionarse y conocer a gente nueva, etc. (Godoy et al., 2017).

Según pasan los años las personas mayores van viendo como sus seres queridos (familiares, amigos/as, etc.) van falleciendo, haciéndose de esta forma su círculo social más reducido. A pesar de ello, eso no significa que las personas mayores vivan aisladas socialmente y no cuenten con el apoyo de nadie. Tal y como se ha explicado en este ítem,

las personas mayores se sienten integradas tanto en su familia como en su entorno de amistades, sintiéndose satisfechas con su vida social y disponiendo de un contacto de mayor calidad con sus amistades.

**6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.**

FALSO

- Aunque los rasgos de personalidad se puedan mantener estables a lo largo de la vida y las personas mayores se postulen fieles a sus ideales, cuando la situación lo requiere, para adaptarse a las diferentes circunstancias del entorno, véase la jubilación, la viudedad, la partida de los hijos del hogar las mudanzas, enfermedades graves, etc., las personas mayores pueden cambiar su forma de comportarse y operar. Sus pensamientos políticos también cambian pero a un ritmo algo más lento que en los jóvenes (Breytspraak & Badura, 2015; Palmore, 1977; Portal Mayores, 2012).
- Utz, Carr, Nesse y Wortman (2002), autores que estaban estudiando el efecto de la viudedad en la participación social, llegaron a la conclusión que las personas mayores después de quedarse viudas aumentaban su participación social informal, equivaliendo esto a una estrategia para hacer frente a la pérdida conyugal.
- Las personas mayores, para adaptarse a la jubilación, cuentan con distintos recursos físicos como son la salud o fuerza física, cognitivos como la memoria de trabajo, recursos económicos como la jubilación, recursos sociales como sus redes sociales y el apoyo social, recursos emocionales como la estabilidad emocional, sensibilidad y estado de ánimo, recursos motivacionales como la autoeficacia, etc. (Martinčková & Škrobáková, 2019).

Aunque las personas mayores puedan mantener su personalidad estable a lo largo del tiempo, cuando las circunstancias lo requieren, a través de distintos recursos de los que disponen, son capaces de cambiar su conducta en aras de adaptarse a la nueva situación, como pasa en la viudedad, la jubilación, el abandono de los hijos del hogar, etc.

**7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, donde se produce un fuerte deterioro de la salud.**

FALSO

- A pesar de que con el envejecimiento la prevalencia de enfermedades de naturaleza crónica aumenta (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019), según la “*Encuesta Mayores 2010*” (IMSERSO, 2010), el 60% de las personas mayores perciben su salud como “buena” o “muy buena”, reflejándose esto en la participación ciudadana del colectivo de personas mayores de 65 años (43%), porcentaje que se sitúa muy cerca del de la población general (47%).
- El estudio de Debpuur, Welaga, Wak y Hodgson (2010) indicó que la gran mayoría de personas mayores refiere su salud como buena, añadiendo que dicha percepción depende de variables como el estado funcional, de forma que las personas con mayores niveles de autonomía funcional reportaron una visión más positiva de su propia salud.
- Según el INE (2020f), en España, el 30,20% de personas de 65 años o más es dependiente (Tasa de Dependencia). En cuanto a las ABVD, el 19,1% de personas mayores españolas no es apta para su propio autocuidado, asociándose a la discapacidad factores como una edad más avanzada, el ser mujer, un nivel educativo bajo, el deterioro cognitivo, por lo menos padecer 2 enfermedades crónicas, escasa actividad física y un mayor uso de recursos sanitarios (Graciani, Banegas, López-García, Rodríguez-Artalejo, 2004).

Las personas mayores perciben su salud como buena o muy buena a partir de los 65 años a pesar de la alta prevalencia de enfermedades crónicas. Aunque las cifras de dependencia no son para nada ignorables, un considerable porcentaje superior a la mitad de la población de personas mayores no es dependiente, pudiendo la mayor parte de ellas llevar a cabo su propio autocuidado. La autopercepción de la salud y el estado funcional son variables sujetas a múltiples factores, no solo la edad.

**8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas**

FALSO

- Una colección de estudios sobre la participación social de las personas mayores en España (IMSERSO, 2008), facilitó varios datos referentes a dicha temática. En primer lugar, un mayor porcentaje de personas mayores (70,2%) realiza actividades de la vida social y diversión en comparación a la población general (66,8%). En segundo lugar, el porcentaje de personas mayores que participa en actividades de voluntariado es muy superior al de la población general, habiendo una diferencia porcentual entre ambos grupos de 10 puntos. En tercer lugar, la práctica religiosa también es una actividad realizada en mayor proporción por personas mayores.
- En la CAPV, la tasa de participación en actividades de voluntariado, como por ejemplo organizaciones, apoyo a hogares y reuniones, es superior en personas mayores que en la población general (29,2% vs 15,3%), representando el colectivo de los mayores el 26,4% del voluntariado de la CAPV. Además, en lo referente a actividad física, 6 de cada 10 adultos mayores realiza algún tipo de actividad física o deporte. Esta proporción se repite en actividades de la vida social y la diversión. Otra actividad destacable es la actividad del cuidado de menores, afirmando casi la mitad de personas mayores y hogares vascos que este grupo de edad estuvo a cargo del cuidado de los/as nietos/as (Servicio de Investigación Social [Edefundazioa], 2013).

Tanto a nivel estatal como autonómico, se puede observar una elevada participación de las personas mayores en actividades de índole social y diversión, labores de voluntariado, actividades religiosas, responsabilidades familiares, etc., por lo que no se puede afirmar que las personas mayores, una vez alcanzada la etapa de la vejez, pierden el interés por participar o realizar tareas o actividades.

#### **9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños/as.**

FALSO

- Gil-Calvo (1995) declaró que al equiparar a las personas mayores con niños/as se les atribuye cualidades como la irresponsabilidad y dependencia. Como se ha mencionado en los 2 anteriores ítems, a nivel estatal, la gran mayoría de personas mayores se mantienen autónomas pudiendo ser responsables de su autocuidado (Graciani et al., 2004; INE,

2020f), a la vez que representan un colectivo con una gran participación social, entre cuyas labores se incluye el cuidado de nietos/as (Edefundazioa, 2013; IMSERSO, 2008; 2010).

- Las personas mayores son un grupo social heterogéneo, tanto en sus atributos como en la forma de experimentar su propio envejecimiento, por lo que la mera generalización de un comportamiento infantil por parte de los individuos de este colectivo carece de validez (Lowsky et al., 2014; Mitnitski et al., 2017; SEGG, 2020a).
- Tanto las familias como los profesionales sanitarios muchas veces se dirigen a las personas mayores a través de la simplificación, gesticulando en exceso, hablándoles como si fuesen niños/as, limitando a su vez su autonomía para tomar decisiones de los mayores, haciéndoles cuestionar sus fortalezas y deteriorando su autoestima, en resumen, desde una perspectiva paternalista. Esta infantilización de las personas mayores no es más que una actitud discriminatoria típica del edadismo (Gordon, 2020; Gendron et al., 2016; Kemper et al., 1995; Palmore, 1999; Shin et al., 2018; 2019).

Las personas mayores nada tienen que ver con los niños. Aunque a las personas de edad avanzada se les achaquen comportamientos infantiles, irresponsabilidad y dependencia, tal y como se justifica en este ítem, nada de lo anterior es justificado en la literatura científica, resultando las personas mayores integrantes de la sociedad autónomas, participativas y con responsabilidades sobre otras personas. Este tipo de conductas paternalistas, que a la vez tratan de infantilizar a la persona mayor, no son más que actitudes edadistas propias de la agenda de este tipo de discriminación basada en la edad.

**10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.**

FALSO

- Como se viene mencionando en los ítems 7, 8 y 9, la mayoría de personas mayores de 65 años o más son autónomas y se mantienen socialmente participativas (Edefundazioa, 2013; Graciani et al., 2004; IMSERSO, 2008; 2010; INE, 2020f). Para complementar lo anterior, según Millán-Calenti et al. (2010), tan solo un 34,6% de personas mayores en A

Coruña (España), fueron catalogadas como dependientes para una sola ABVD.

- Un dato esclarecedor para desmentir este ítem son los datos reportados en la CAPV en la ESCAV18 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019). Entre los resultados de esta encuesta podemos hallar una prevalencia de la discapacidad (limitación crónica de la actividad) del 9% tanto en hombres como en mujeres, aunque también es de mencionar que dichas cifras aumentan con la edad, posicionándose a los 75 años o más en el 26% en hombres y en el 36% en mujeres. La discapacidad, además de con la edad y el sexo, también se asocia significativamente con el nivel de estudios y la clase social.

Tal y como se sugiere en los 3 anteriores ítems, los porcentajes de dependencia en personas mayores a partir de los 65 años no permiten la generalización de este problema para este colectivo. Unido a esto, las cifras de discapacidad de la CAPV, a pesar de que aumentan con la edad, se mantienen en rangos bastante inferiores a la mitad de estas poblaciones incluso en los grupos de población de mayor edad.

#### **11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.**

FALSO

- En lo referido al debate del ítem 3, las personas mayores disponen de una reactividad física y emocional frente a situaciones estresantes similar a los grupos de edad más jóvenes e incluso en ocasiones significativamente mejor (Brose, et al., 2013; Neupert et al., 2007; Stawski et al., 2008).
- En el ítems 6, se argumenta que las personas mayores disponen de los recursos necesarios para adaptarse a las situaciones que les va deparando la vida (jubilación, viudedad, patologías graves, etc.) (Breytspraak & Badura, 2015; Martinčeková & Škrobáková, 2019; Palmore, 1977; Portal Mayores, 2012; Utz et al., 2002).
- El alto porcentaje de personas mayores autónomas y los bajos porcentajes de discapacidad, abordados anteriormente en los ítems 7, 8, 9 y 10, también invitan a pensar a que las personas mayores disponen de los medios suficientes para hacer frente a sus problemas diarios

(Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019; Edefundazioa, 2013; Graciani et al., 2004; IMSERSO, 2008; 2010; INE, 2020f; Millán-Calenti et al., 2010).

- Tal y como citan Coudin y Alexopoulos (2010), que el paciente refiera perder el control y sentirse dependiente, que presente conductas de dependencia y que busque ayuda en su entorno, podría ser una estrategia de control secundario (Lachman, 1986; Marsiske, Baltes, & Baltes, 1995).
- Aunque el tiempo de respuesta entre estímulo y respuesta motora se vea incrementado con el paso de los años, no existe evidencia de que esto altere la capacidad para adaptarse de las personas mayores. No hay más que ver como este colectivo se adapta exitosamente a las enfermedades que inciden sobre ellos (Breyspraak & Badura, 2015).

El tiempo entre respuesta y estímulo puede verse alterado con el paso del tiempo, aun así, las personas mayores logran adaptarse a los continuos cambios que les trae el devenir de la vida, mostrando una buena respuesta emocional y física frente a las situaciones estresantes. Comportamientos de dependencia y la solicitud de ayuda pueden ser mecanismos que la persona mayor tiene para protegerse de los conflictos de su entorno.

## **12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad.**

FALSO

- El primer punto del ítem 6 alude que a pesar de que la personalidad puede mantenerse estable según la persona envejece, manteniéndose de esta forma fieles a sus ideales, si la persona mayor requiere adaptarse al entorno que le rodea, puede cambiar sus comportamientos, tal y como sucede en acontecimientos como la jubilación, la viudedad, la aparición de enfermedades graves, etc., pudiendo alterar también su ideología política (Breyspraak & Badura, 2015; Palmore, 1977; Portal Mayores, 2012).
- En palabras de Srivastava y Das (2013), aunque se acepte que los rasgos de personalidad sean una característica estable en la persona a lo largo de su vida, esta difiere mucho entre las personas, y puede estar sujeta a

cambios tanto intencionales, inducidos o naturales, muchas veces orientados a lograr un envejecimiento exitoso.

Los rasgos de personalidad se mantienen estables a lo largo del ciclo vital, aunque en aras de adaptarse a las dificultades y situaciones del momento, y envejecer de esa forma de manera exitosa, las personas mayores pueden modificar su personalidad, ya sea intencionadamente, de forma inducida o natural.

**13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez.**

FALSO

- Para desmentir en primera instancia la inevitabilidad del deterioro cognitivo, hay que partir en primera instancia de que este problema no es padecido por todas las personas mayores, ni siquiera en los grupos de edad más avanzada. Aunque la prevalencia del deterioro cognitivo crezca, dichas cifras apenas se acercan a la mitad de las muestras (ítem 1) (Gavrila et al., 2009; Rodríguez-Sánchez et al., 2011).
- Hamer y Chida (2009), en su revisión sistemática, tras analizar 16 estudios prospectivos, manifestaron que la actividad física se asocia inversamente al riesgo de demencia, siendo necesario examinar en futuros estudios la dosis óptima de actividad física para inducir la protección frente a este problema de salud.
- Un metaanálisis posterior realizado por Blondell, Hammersley-Mather y Verrman (2014) concluyó que los estudios observacionales longitudinales presentan una asociación entre niveles elevados de actividad física y un menor riesgo de padecer deterioro cognitivo y demencia, pudiendo argumentarse de esta forma una interpretación causal de la relación entre ambas variables.
- Otros estudios observacionales han reportado una gran variedad de factores de riesgo modificables de la demencia, como son la HTA, la dislipemia, la obesidad en la mediana edad, la DM, la inactividad física, la depresión, el tabaquismo y un bajo nivel educativo. Diversas intervenciones multidominio (FINGER, MAPT y PrDIVA), han sugerido que la focalización de las intervenciones preventivas en las personas en

riesgo son intervenciones eficaces para la prevención de la demencia (Kivipelto, Mangialasche, & Ngandu, 2018).

- El entrenamiento cognitivo mejora el rendimiento cognitivo del dominio entrenado, aunque aún son necesarios más estudios sobre la prevención del deterioro cognitivo y la demencia para corroborar su utilidad en la prevención (Butler et al., 2018).

El deterioro cognitivo es un problema que padece un porcentaje notable de las personas mayores, especialmente los grupos de mayor edad, aunque dicho porcentaje representa menos de la mitad de esa población. Esto, junto con la existencia de intervenciones de actividad física, intervenciones multidominio e intervenciones preventivas enfocadas a factores de riesgo del deterioro cognitivo (HTA, dislipemia, obesidad, depresión, etc.), incluyendo también el entrenamiento cognitivo, mejoran el rendimiento cognitivo de las personas mayores, incluso actuando en la prevención de dicho problema y la demencia, por lo que podría decirse que ambos problemas de salud no son inevitables.

**14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.**

FALSO

- Palmore (1977) desmintió este mito haciendo alusión a los siguientes argumentos: aunque puedan ser más lentas que las personas jóvenes, los mayores son tan constantes y precisos como los jóvenes, pudiendo trabajar igual o mejor que los mismos. El colectivo de personas mayores, además, tiene menos cargas de trabajo, menos accidentes y menos absentismo que los jóvenes.
- Villar y Triado (2000) citan al Departament de Treball (1994) de la Generalitat, que en su momento estimó que el 8,9% de trabajadores entre 55-65 sufrieron accidentes laborales, siendo este porcentaje claramente inferior al de los trabajadores de entre 25 y 34 años (30%) y entre 35 y 44 años (21,7%). Respecto a la incidencia de estos accidentes, los trabajadores entre 16 y 19 años sufren 4 veces más de accidentes que los mayores de 55 años, los trabajadores entre 20 y 24 el doble y los que tienen entre 25 y 55 años casi la mitad.

- Van Dalen et al. (2010) manifiestan que una mayor proporción de trabajadores mayores está asociada a una mayor productividad de la empresa.
- La literatura revela que las personas mayores de 65 años pueden seguir ejerciendo su trabajo de igual manera o mejor que los jóvenes, siendo hábiles al administrar su propia economía o decidir sobre su propia vida (Muñoz, 2005; Portal Mayores, 2012).
- Cada vez un mayor número de personas solicita posponer su jubilación unos años más debido a encontrarse en condiciones óptimas para seguir trabajando (Godoy et al., 2017).

Los estudios presentes en la bibliografía no hacen más que evidenciar que la creencia de que las personas mayores no son tan productivas como las jóvenes no es más que un mero mito cuya veracidad carece de justificación empírica alguna. Las personas mayores, aunque puedan tener carencias físicas en mayor medida que las personas jóvenes, pueden trabajar igual o mejor que estas, sufriendo a la vez menos accidentes y absentismo que las personas de menor edad.

#### **15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochean”.**

FALSO

- Según la RAE (2014d), el verbo “*chochear*” significa “mostrar debilitadas las facultades mentales debido a la edad”. Este coloquialismo no representa más que una creencia estereotipada del envejecimiento, ya que, como se han añadido en los ítems 1 y 13 de este apartado, aunque su prevalencia aumente con la edad, la prevalencia del deterioro cognitivo no se ajusta a la generalidad del colectivo de personas mayores, por lo que esta afirmación no es aplicable a las personas mayores (Gavrila et al., 2009; Rodríguez-Sánchez et al., 2011).

## **1.5. ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. Instrumentos de evaluación del Edadismo**

Aunque el término edadismo nació en 1969 de la mano de Butler (Butler, 1969), tal y como cita Wilson et al. (2019), las primeras herramientas para evaluar este tipo de discriminación datan de 16 años antes. Concretamente en 1953, Tuckman y Lorge (1953) elaboraron el primer cuestionario para abordar el estudio del edadismo, el denominado “*attitudes toward old (or older) people questionnaire*”. Este cuestionario nació con la finalidad de evaluar los estereotipos del envejecimiento presentes en una muestra de estudiantes graduados que estaban cursando una materia sobre la psicología del adulto en la escuela de magisterio. Tras utilizar dicho cuestionario, los autores reportaron que los estudiantes aceptaban múltiples estereotipos del envejecimiento.

Una vez el edadismo fue definido, en los años 70 y 80, el interés por este nuevo tipo de discriminación creció progresivamente, surgiendo así distintas herramientas para analizar el edadismo. Estas nuevas escalas, al igual que la de Tuckman y Lorge, tenían en consideración principalmente la dimensión cognitiva del edadismo (estereotipos y creencias del envejecimiento). Entre las más destacables podemos destacar la “*Kogan’s attitudes towards older people scale*” (KAOP) de Kogan (1961) (también prejuicios), la “*negative attributes of old age and positive potential in old age*” (AN-PP) de Morgan y Bengtson (1976), la “*attitudes toward aging*” (AE) de Kilty y Feld (1976), y la “*facts on aging quiz*” (FAQ) de Palmore (1977), la cual, a día de hoy, es la escala más utilizada en el estudio del edadismo (Ayalon et al., 2019). Es destacable también en este periodo, la creación del “*aging semantic differential*” (ASD) de Rosencranz y McNevel (1969), posteriormente adaptada al español por Villar (1997) y su “*diferencial semántico del envejecimiento*” (DSE), ya que corresponde a la primera escala destinada específicamente a la valoración afectiva del edadismo (prejuicios).

En la década de los 90, el número de trabajos que estudiaban el edadismo decreció considerablemente. Entre los cuestionarios de esta época encontramos el “*Fraboni scale of ageism*” (FSA) de Fraboni, Saltstone y Hughes (1990), el cual, aborda las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual. El retroceso vivido en los años 90 en materia del edadismo se vio compensado en el tercer milenio con el aumento de la producción científica referente a la discriminación por edad, tanto en trabajos teóricos como experimentales, recuperando a la vez el esplendor anteriormente alcanzado en los 80 (Castellano, & de Miguel, 2010; 2011; de Miguel & Castellano, 2012). Podemos divisar escalas como la “*ageism survey*” de Palmore (2001), la “*attitudes to aging questionnaire*” (AAQ) de Laidlaw, Power, & Schmidt (2007) y la “*aging perceptions questionnaire*”

(APQ) de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy (2007), que evalúan todas las dimensiones del edadismo. La “*expectations regarding aging*” (ERA) de Sarkisian, Hays, Berry, & Mangione (2002), y la “*image of aging scale*” (IAS) de Levy, Kasl, & Gill, 2004, también de esta época, evalúan únicamente el componente cognitivo del edadismo.

En España, los años 90 y el comienzo los 2000 coincidieron con la elaboración de varias herramientas de evaluación del edadismo adaptadas para la población del lugar: el “*cuestionario de estereotipos hacia la vejez*” de Montorio e Izal (1991) (no publicada), el anteriormente mencionado DSE de Villar (1997), el “*cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez*” (CENVE) de Sánchez (2004), el “*cuestionario de conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento*” (CONDUC-ENV) de Castellano y de Miguel (2011) y la “*escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento*” (PREJ-ENV) de de Miguel & Castellano (2012). El cuestionario de Montorio e Izal y el CENVE analizan el componente cognitivo del edadismo, el DSE y el PREJ-ENV la dimensión afectiva, y el CONDUC-ENV la dimensión conductual.

A pesar de la disponibilidad de múltiples herramientas de evaluación y cuestionarios que evalúan la discriminación por edad y sus distintos componentes, en la actualidad, no existe consenso a la hora de establecer un cuestionario universal para tal fin (Ayalon et al., 2019; Wilson et al., 2019; Klusmann, Notthoff, Beyer, Blawert, & Gabrian, 2020).

#### 1.5.1.1. Dimensión cognitiva

##### 1.5.1.1.1. *Negative attributes of old age and positive potential in old age (AN-PP)*

Este cuestionario nace de la unión de 2 subcuestionarios elaborados por los mismos autores, cuyo fin era el de analizar la percepción del envejecimiento de las personas intervenidas (Morgan & Bengtson, 1976): el “*negative attributes of old age*”, que combina atributos positivos y negativos de la vejez, y el “*positive potencial in old age*”, que examina diversas funciones, competencias y fortalezas de las personas mayores. En su origen, esta herramienta fue utilizada en una muestra estadounidense de edad adulta (entre 44 y 74 años) y de 3 etnias distintas (latinos, anglosajones y afroamericanos). Dicha herramienta se conforma de 14 ítems de respuesta Likert de 3 opciones según el nivel de conformidad: “de acuerdo”, “depende” y “desacuerdo”.

Castellano y de Miguel (2010) elaboraron una adaptación al castellano de esta escala, la cual fue denominada como “*atributos negativos y potencial positivo*”, en sus siglas AN-PP. El número de ítems se conserva, aumentando en 1

las respuestas posibles, resultado en “totalmente de acuerdo” (3 puntos), “ligeramente de acuerdo” (2 puntos), “ligeramente en desacuerdo” (1 punto), y “totalmente en desacuerdo” (0 puntos). La puntuación máxima ronda entre 0 y 42 puntos. El análisis estadístico de la versión al castellano arrojó una estructura bifactorial, la cual se compone del factor “*potencial positivo y características personales positivas en los mayores*”, compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12 y 13, y el factor “*características sociales negativas de la vejez*”, formada por los ítems 6, 8, 10 y 14. Este instrumento, de forma similar a su versión original, presenta consistencia interna moderada y bajos porcentajes de varianza (ver [Anexo 1](#)).

#### 1.5.1.1.2. *Attitudes toward aging (AE)*

Confeccionada por Kilty y Feld (1976), este cuestionario evalúa las creencias sobre el envejecimiento. Nace de la combinación de ítems procedentes de varias escalas previas: “*attitudes toward old (or older) people questionnaire*” (Tuckman & Lorge, 1953), 8 ítems de la “*Kogan’s attitudes towards older people scale*” (KAOP) (Kogan, 1961), 10 ítems de la “*Srole anomic scale*” (Srole, 1956), y 5 ítems del “*Tuckman and Lorge questionnaire*” (Tuckman and Lorge, 1954). En esta ocasión la escala fue testeada en una muestra de personas jóvenes y mayores. Este cuestionario consta de 45 ítems distribuidos en 4 factores: “*reacciones hacia los trabajadores ancianos*”, “*escala de anomia de Srole*”, “*reacciones positivas hacia las personas mayores*” y “*reacciones negativas hacia las personas mayores*”. El cuestionario cuenta con respuestas tipo Likert de 7 puntos. Los autores originales no hicieron referencias sobre las propiedades psicométricas de esta herramienta.

La versión en castellano de este cuestionario, que recibe el nombre de “*actitudes hacia el envejecimiento*” (AE), fue elaborado al igual que el AN-PP, por Castellano y de Miguel (2010). En primera instancia el análisis factorial sugirió una estructura trifactorial, pero para lograr un mayor porcentaje de la varianza se optó por un solo factor. En esta versión son eliminados los ítems 12, 35 y 39, por lo que la escala está formada por 42 ítems. El tipo de respuesta se mantuvo acorde a la versión original. La AE mostró propiedades psicométricas similares al AN-PP, es decir, una moderada consistencia interna y porcentajes de varianza bajos (ver [Anexo 2](#)).

1.5.1.1.3. *Facts on aging quiz (FAQ)*

Cuestionario breve creado por Palmore (1977) que enumera diversas creencias y estereotipos de la esfera física, mental y social de las personas mayores. Esta herramienta es la más utilizada en la actualidad en el contexto del edadismo, a pesar de que solo valore el componente cognitivo de este tipo de discriminación (Ayalon et al., 2019; Palmore, 1980). Ocupa solamente una cara de un folio y se compone de 25 ítems de respuesta verdadero/falso, siendo los ítems pares verdaderos y los impares falsos para su correcta cumplimentación. Aunque este cuestionario sea el más empleado en la literatura, su fiabilidad total es baja, y su validez cuestionable (Palmore, 1977; 1980; 1981; Villar & Triado, 2000).

Para dar respuesta a las polémicas surgidas en torno a las propiedades psicométricas del FAQ, Palmore (1981) elaboró una nueva versión de dicho instrumento, al cual bautizó FAQ2. Este estaba formado también por 25 ítems, con la diferencia de que el contenido de estos era distinto. La respuesta fue de nuevo de verdadero/falso, siendo los ítems pares verdaderos y los impares falsos para una puntuación correcta. Tanto el FAQ como el FAQ 2 fueron probados en muestras de alumnado de la Universidad de Duke, resultando ser útiles como estímulo de discusiones, para comparar la información sobre el envejecimiento en diferentes grupos, identificar ideas erróneas sobre el proceso de envejecer y para medir el efecto de intervenciones educativas (Palmore, 1977; 1980; 1981).

Existe también otra versión denominada “*facts on aging and mental health quiz*” (FAQMH). Esta versión, centrada totalmente en aspectos cognitivos y mentales del envejecimiento, dispone de 25 ítems de respuesta verdadero/falso, al igual que las versiones anteriores del FAQ (Palmore, 1988). La información sobre las propiedades psicométricas del FAQMH es escasa (Van der Elst, Deschodt, Welsch, Milisen, & de Casterlé, 2014).

Años más tarde, Villar & Triado (2000) trabajaron en una adaptación del FAQ al castellano. 10 de los 25 ítems del original se trasladaron directamente y los 15 restantes se adaptaron a la situación sociocultural del entorno, aunque finalmente se optó por eliminar uno al no encontrar documentación relativa al mismo (“*la relación entre viejos y jóvenes en cuanto a niveles de salud y económicos será la misma o más desfavorable para los viejos en el año 2000 de lo que es en la actualidad*”), por lo que el cuestionario finalmente contó con 24 ítems. El número de respuestas erróneas se redujo respecto al FAQ convencional, debido a que se añadió una 3ª opción de respuesta “no lo sé”. Los ítems fueron ordenados

al azar para evitar la interferencia por parte del paciente. El FAQ adaptado resultó ser una herramienta poco fiable y con poca correlación entre ítems (ver [Anexo 3](#)).

#### *1.5.1.1.4. Expectations regarding aging (ERA)*

Aunque durante el pilotaje pasó por versiones de 94 y 56 ítems respectivamente, la escala final resultante de la investigación de Sarkisian et al. (2002) contó con 38 ítems, los cuales se podían cumplimentar en 15 minutos. Esta primera versión del ERA fue utilizada bajo la nomenclatura de “*ERA-38*” en una muestra de personas mayores. ERA-38 se compuso de 10 subescalas sobre expectativas del envejecimiento (componente cognitivo): salud general (ítems 19, 20, 21, 25 y 27), función cognitiva (ítems 2, 22, 23 y 24), salud mental (ítems 4, 5, 9, 13, 14, 15, 32, 33, 34, 35, 36 y 37), independencia funcional (ítems 1, 3, 7, 10 y 11), función sexual (ítems 16 y 17), dolor (ítems 6 y 28), sueño (ítems 18 y 38), fatiga (ítems 8, 26, 29 y 30), incontinencia urinaria (ítem 31) y apariencia (ítem 12). Su respuesta es de tipo Likert de 4 opciones: “definitivamente cierto” (1 punto), “algo cierto” (2 puntos), “algo falso” (3 puntos) y “totalmente falso” (4 puntos). El rango de puntuaciones es entre 0 y 100, representando las puntuaciones más bajas unas expectativas de mayor deterioro en la salud y el estado funcional, y puntuaciones más elevadas un acercamiento al envejecimiento exitoso. ERA-38 presentó una gran validez y consistencia interna.

Aún conociendo las grandes propiedades psicométricas de este instrumento, Sarkisian, Steers, Hays y Mangione (2005b) fueron más allá, elaborando una versión más reducida del ERA-38, a la que llamaron “*ERA-12*”. Esta versión constaba de 12 ítems distribuidos únicamente en 3 subescalas: la “*escala de expectativas sobre la salud física*” (ítems del 1 al 4), la “*escala de expectativas sobre la salud mental*” (ítems del 5 al 8), y la “*escala de expectativas sobre la función cognitiva*” (ítems del 9 al 12). La ERA-12 dio continuidad al sistema de puntuación del anterior. Para calcular la puntuación de cada subescala, hemos de sumar la puntuación de los 4 ítems de cada uno, restarle 4, multiplicarlo por 25 y dividirlo entre 3, para así adecuarlo a un rango de 0 al 100. Para la puntuación total, se suman las puntuaciones de todos los ítems, se restan 12, se multiplica por 25 y se divide entre 9, para así lograr la puntuación según el rango anteriormente citado. Sus propiedades psicométricas son muy similares a las de su versión previa, añadiendo que los 12 ítems lograron explicar el 88% de la varianza

de la puntuación total del ERA-38. No hay conocimiento sobre ninguna versión adaptada al castellano (ver [Anexo 4](#)).

Ayalon et al. (2019), que realizaron una revisión sistemática para identificar las escalas disponibles del edadismo y evaluar su alcance y propiedades psicométricas, concluyó que la única escala de su revisión que mostró buenos resultados en la validez de contenido, validez estructural y consistencia interna fue esta escala, la cual únicamente valoraba el componente cognitivo del edadismo. Estos autores también añadieron que otras 2 escalas adicionales cumplieron con 2 de las 3 propiedades psicométricas establecidas (validez estructural y consistencia interna), la KAOP (ver el apartado 1.5.1.2.5.) y la AAQ (ver el apartado 1.5.1.2.8.), indicando que si estas son modificadas, podrían considerarse como válidas.

#### 1.5.1.1.5. *Image of aging scale (IAS)*

Ideada por Levy et al. (2004), esta escala evalúa estereotipos tanto positivos como negativos del envejecimiento. La IAS fue probada por primera vez en una muestra de personas de 70 años o más sin institucionalizar. Cuenta con 9 dominios compuestos por 2 ítems cada uno, uno positivo y otro negativo: actividad (camina lentamente, activo), apariencia (arrugado, bien arreglado), cognición (senil, sabio), muerte (moribundo, lleno de vida), dependencia (indefenso, capaz), personalidad (gruñón, actitud positiva), salud física (enfermo, saludable), relaciones (solitario, orientado a la familia) y voluntad de vivir (ganas de vivir, abandonado). Respuesta tipo Likert del 0 al 6 según el nivel de conformidad. Puntuación de 0 a 54, 108 si se juntan ítems positivos y negativos. Su consistencia interna y validez es buena.

Esta escala posee una versión adaptada al castellano que fue testada en una muestra de personas de 18 años o más, y en gerontólogos y geriatras (Fernández-Ballesteros et al., 2017b). Se eliminaron los ítems 2 “orientado a la familia” y 14 “arrugado”, ya que estas mostraron patrones de correlación dispares a los otros ítems e inexplicablemente estaban altamente correlacionados entre ellos. La escala final mostró 16 ítems, disponiendo en esta ocasión de una estructura trifactorial, y no bifactorial como en su versión original (estereotipos positivos y negativos) (Levy et al., 2004). El primer factor, llamado “*factores positivos*”, incluía todos los ítems que aludían a atributos positivos del envejecimiento. Los estereotipos negativos de la versión original fueron divididos en 2 factores distintos: “*factores negativos*” (lento, indefenso, gruñón y enfermo), y “*factores patológicos*”

(enfermo, senil, abandonado y moribundo). Las respuestas eran de tipo Likert del 0-6 teniendo en cuenta la conformidad. Al igual que la escala original, esta escala también reportó propiedades psicométricas correctas, aunque dicha versión previa alcanzó una consistencia interna ligeramente mejor (ver [Anexo 5](#)).

#### *1.5.1.1.6. Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)*

El CENVE fue ideado e implementado por Sánchez (2004) por primera vez en una muestra de personas mayores que vivían en sus hogares. Esta herramienta evalúa la percepción del envejecimiento a través de estereotipos negativos del envejecimiento, y está formada por 15 ítems distribuidos en 3 factores distintos: Factor I: Salud, Factor II: Motivacional-Social y Factor 3: Carácter-Personalidad. 13 de estos ítems fueron extraídos del “*Cuestionario de Estereotipos hacia la Vejez*” de Montorio e Izal (1991) (no publicado), y los 2 restantes del FAQMH de Palmore (1988). Las respuestas son de tipo Likert de 4 opciones (1-4) dependiendo del nivel de conformidad del individuo: “muy de acuerdo” (4 puntos), “bastante de acuerdo” (3 puntos), “bastante en desacuerdo” (2 puntos) y “muy en desacuerdo” (1 punto). Con una puntuación máxima de 60 y una mínima de 15, puntuaciones más elevadas en este cuestionario denotan una visión más negativa de la vejez (ver [Anexo 6](#)).

Este cuestionario ha sido empleado en múltiples muestras hispanohablantes de todas las edades, ya sean españolas o de Latinoamérica, mayores, o jóvenes; disponiendo a su vez de buenas propiedades psicométricas, destacando especialmente la consistencia interna de cada factor, por lo que puede afirmarse que es un instrumento válido para la evaluación del componente cognitivo del edadismo (Aristizábal-Vallejo et al., 2009; Blanca et al., 2005; Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Lasagni et al., 2013; León et al., 2015; Menéndez et al., 2016; Nunes et al., 2018; Rosell, Vergés, Iribarra, Flores, & Gómez, 2020; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014; Sarabia & Castanedo, 2015). Al mismo tiempo, el CENVE también dispone de una versión validada en portugués, la cual fue probada en un grupo de personas entre 18 y 59 años, y logró al igual que su versión original, una buena consistencia interna y correlación entre ítems (Nunes et al., 2018).

### 1.5.1.2. Dimensión afectiva y conductual

#### 1.5.1.2.1. *Aging semantic differential (ASD)*

En su estudio de origen (Rosencranz & McNevin, 1969), los autores aplicaron este cuestionario, el cual se inspiraba en el “*semantic differential*” de Osgood, Suci y Tannenbaum (1957), en una muestra de estudiantes de la Universidad de Missouri, con el objetivo de que estos/as atribuyesen a hombres de distintos grupos de edad, (20-30 años, 40-55 años y 70-85 años) distintas cualidades. Esta escala contó con 32 pares de adjetivos (positivos y negativos), debiendo ser puntuados de 1 a 7 según la proximidad de la cualidad atribuida, por ejemplo, puntuaciones menores se refieren a adjetivos positivos y puntuaciones mayores a negativos. Estos adjetivos, a su vez, se distribuían en 3 dimensiones distintas: “*instrumental-ineffective*”, con adjetivos como progresista-anticuado, productivo-improductivo, ocupado-inactivo y activo-pasivo; “*autonomous-dependent*”, contando con atributos como independiente-dependiente, seguro-inseguro, organizado-desorganizado y cierto-incierto; y “*personal acceptability-unacceptability*”, dimensión que está formada por adjetivos tales como amistoso-antipático, tolerante-intolerante, feliz-triste y cooperativo-poco cooperativo. Aunque esta herramienta no es específica de la vejez, este estudio reportó como el grupo de mayor edad (70-85 años) recibió más adjetivos negativos en todas las dimensiones del ASD. Años más tarde, fue elaborada y validada una adaptación de esta escala traducida al castellano y enfocada principalmente en las personas mayores (Villar, 1997). Esta herramienta toma el nombre de “*diferencial semántico del Envejecimiento*” (DSE), y es descrita en el siguiente apartado.

#### 1.5.1.2.2. *Diferencial semántico del envejecimiento (DSE)*

A partir del ASD de Rosencranz y McNevin (1969), 28 años más tarde, Villar (1997) presentó una herramienta para la evaluación del componente afectivo del edadismo. El DSE fue inicialmente utilizado en una muestra de personas de 6 cohortes de edad distintas, siendo el último de 60 años o más. Esta escala, a diferencia de su predecesora, contó con 18 pares de adjetivos (negativos y positivos). El DSE mantiene los 7 intervalos de puntuación (1-7) según su proximidad a la positividad o negatividad, pero en esta ocasión los polos se invierten, situándose los adjetivos negativos a la izquierda y los positivos a la derecha, al contrario que en el ASD. De esta forma puntuaciones mayores darán lugar a mejores actitudes hacia los mayores. Otra característica destacable es que

mientras que la escala original optaba por una estructura de 3 factores (“*instrumental-ineffective*”, “*autonomous-dependent*” y “*personal acceptability-unacceptability*”), el DSE hace lo propio considerando 3 factores y un ítem aislado (ítem 18): factor 1, que se refiere a actitudes del envejecimiento (ítems 1-8); factor 2, vinculado al envejecimiento como proceso dinámico y de vigor (ítems 9-15), y factor 3 o envejecimiento como proceso amenazante, rígido o susceptible al cambio (ítems 16-17). Por último, el DSE ha presentado un nivel óptimo de fiabilidad y su correlación entre ítems es elevada (Villar, 1997) (ver [Anexo 7](#)).

#### *1.5.1.2.3. Escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV)*

Esta escala, que fue elaborada por de Miguel y Castellano (2012), opta por un diseño de tipo diferencial semántico, ya que este tipo de escalas son las más habituales en el estudio del componente afectivo del envejecimiento (Ayalon et al., 2019; Rosencranz & McNevin, 1969; Villar, 1997). Fue probada por primera vez en una muestra de personas mayores. Está formada por 2 columnas de adjetivos bipolares (42 ítems) como las 2 anteriores escalas, estimándose también las puntuaciones entre 1-7. Las actitudes negativas son comprendidas entre las puntuaciones 1 y 3, una puntuación neutra sería una puntuación de 4 y una actitud positiva entre 5 y 7. El orden de los ítems es dispuesto de forma aleatoria para aumentar la fiabilidad global del PREJ-ENV. Esta herramienta consta de una estructura de 7 factores, los cuales se denominan “*imagen negativa de sí mismo*” (11 ítems: 3, 5, 16, 23, 26, 27, 30, 37, 38, 39 y 43), “*autoconcepto alto*” (9 ítems: 1, 2, 6, 8, 18, 21, 33, 34 y 36), “*habilidad interpersonal*” (4 ítems: 14, 28, 40 y 41), “*políticamente correcto*” (5 ítems: 9, 10, 11, 13 y 17), “*autoestima baja*” (5 ítems: 12, 22, 24, 25 y 31), “*aislamiento social*” (4 ítems: 4, 7, 15 y 19) y “*creativo*” (4 ítems: 20, 32, 35 y 42). Breve, sencilla y adaptable a otros grupos de edad, esta escala muestra una buena consistencia interna (ver [Anexo 8](#)).

#### *1.5.1.2.4. Cuestionario de conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento (CONDUC-ENV)*

El CONDUC-ENV, elaborado inicialmente en un estudio que trabajó sobre una muestra de personas mayores (Castellano & de Miguel, 2011), consiste en 31 ítems referentes a situaciones cotidianas de la vida diaria donde se pueden dar conductas discriminatorias hacia las personas mayores, ya sean positivas como

negativas. Respuesta tipo Likert de 0 al 3 según la frecuencia en la que se dan estas situaciones: “siempre” (3 puntos), “frecuentemente (2 puntos), “a veces” (1 punto) y “nunca” (0 puntos). Los ítems incluidos en este cuestionarios se distribuyen en distintas áreas o ámbitos: sanitario (ítems 1, 9 y 21), AVD (ítems 2, 3, 7, 11, 14, 16, 20, 23, 26 y 31), interacción familiar (ítems 8, 27 y 29), interacción social (ítems 6, 10, 13 y 30) y ámbito personal (ítems 4, 5, 12, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 25 y 28).

En el análisis factorial de primer orden, este cuestionario presentó una estructura de 8 factores entre los que se encuentran: “*atención personal negativa*” (ítems 1, 7, 10, 13 y 21), “*apoyo positivo general*” (ítems 4, 11, 20, 25 y 30), “*trato favorable por conmiseración*” (ítems 12, 17 y 19), “*críticas por la edad*” (ítems 6, 8, 18 y 22), “*trato negativo por actitud despectiva de los demás*” (ítems 23, 26 y 31), “*trato normalizado de igualdad*” (ítems 9, 16 y 24), “*trato familiar negativo*” (ítems 5, 15, 27 y 29), y “*trato social negativo por desconsideración*” (ítems 2, 3, 14 y 28).

Después de un análisis factorial de segundo orden, estos 8 factores quedaron agrupados únicamente en 2, los cuales se denominaron “*conductas discriminatorias negativas por la edad*”, que comprendía lo factores de primer orden “*atención personal negativa*” (ítems 1, 7, 10, 13 y 21), “*apoyo positivo general*” (ítems 4, 11, 20, 25 y 30), “*críticas por la edad*” (ítems 6, 8, 18 y 22), “*trato normalizado de igualdad*” (ítems 9, 16 y 24), “*trato familiar negativo*” (ítems 5, 15, 27 y 29), y “*trato social negativo por desconsideración*” (ítems 2, 3, 14 y 28); y “*conductas de marginación debidas a la edad*”, que adoptaba los factores de primer orden “*trato favorable por conmiseración*” (ítems 12, 17 y 19) y “*trato negativo por actitud despectiva de los demás*” (ítems 23, 26 y 31). La segunda estructura factorial (bifactorial) explicó un mayor porcentaje de la varianza en su conjunto que la primera.

Esta herramienta ha resultado ser consistente, fiable y adaptable a otros grupos de edad, aun existiendo limitaciones en la muestra de su estudio original (muestra de centros de día) (ver [Anexo 9](#)).

#### 1.5.1.2.5. Kogan's attitudes towards older people scale (KAOP)

La “*attitudes toward old (or older) people questionnaire*” de Tuckman y Lorge (1953) únicamente se centraba en estereotipos y creencias erróneas sobre el

envejecimiento (componente cognitivo), ajustándose a una respuesta de verdadero/falso, por lo que para abordar también la dimensión afectiva del edadismo, priorizando así la atención en la asociación de la dimensión psicológica de las personas hacia las actitudes del envejecimiento, Kogan (1961) confeccionó la KAOP, la cual analiza tanto la dimensión cognitiva como la afectiva del edadismo.

Esta escala, inicialmente testada en una muestra de estudiantes de la Universidad de Boston, está compuesta de 17 pares de enunciados relacionados con sentimientos hacia las personas mayores, originados de estereotipos de minorías étnicas, unos positivos y otros negativos. Dichos enunciados requieren una respuesta tipo Likert de 6 opciones con puntuaciones entre 1 y 6 según el nivel de conformidad: “muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “un poco en desacuerdo”, “un poco de acuerdo”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo”. En el caso de los ítems negativos la progresión de puntuación será desde 6 puntos en la categoría de respuesta “muy en desacuerdo” hasta 1 punto en “muy de acuerdo”, invirtiéndose dichas puntuaciones en los enunciados positivos: 1 punto en “muy en desacuerdo” y 6 puntos en “muy de acuerdo”. De esta forma, una puntuación más alta en este cuestionario se asociará a una actitud más positiva hacia las personas mayores. Las puntuaciones oscilan entre 34 y 204. La versión original mostró una fiabilidad correcta (Kogan, 1961), aunque su uso haya sido ampliamente debatido (Hilt, 1997).

El KAOP cuenta con una versión traducida al castellano, la cual se empleó en primera instancia sobre una muestra de trabajadores de atención AP (Sampén-Celis, Varela-Pinedo, Díaz-Vélez, Tello-Rodríguez, & Ortiz-Saavedra, 2012). Dicha versión conservó el número de ítems del original y su sistema de puntuación Likert de 6 opciones (1-6), orientado según la naturaleza positiva o negativa del ítem a evaluar. Al igual que sucede en la versión precursora, los enunciados se alternan en negativo-positivo. Esta versión cuenta con una buena consistencia interna (ver [Anexo 10](#)).

#### *1.5.1.2.6. Fraboni scale of ageism (FSA)*

Butler (1980) fue de los primeros autores en citar la composición multicomponente de la discriminación por edad. Para dar respuesta a esa concepción cognitiva, afectiva y conductual del edadismo, Fraboni et al. (1990) construyeron una escala que analizaba dichos componentes, orientándose a su vez

alrededor de 3 de los 5 niveles de prejuicios según Allport (1958); antilocución o charla antipática, evasión o evitar a miembros de un grupo que no gusta y discriminación o exclusión de individuos de dichos grupos.

Esta escala fue utilizada por primera vez en un estudio compuesto por alumnado universitario de 4 cursos distintos. La escala, primeramente, se compuso de 44 ítems, pero en un intento de mejorar sus propiedades psicométricas fueron reducidos a 29, respondiendo a una estructura trifactorial, precisamente acorde a 3 de esos 5 principios de Allport anteriormente mencionados: Factor 1: Antilocución (ítems 1, 3, 4, 5, 9, 16, 25, 27, 28 y 29), Factor 2: Discriminación (ítems 2, 8, 17, 28, 20, 21, 22, 23, 24) y el Factor 3: Evasión (ítems 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19 y 26). Respuesta Likert de 5 puntos: “muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “sin respuesta”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo”, siendo la progresión de puntuaciones de 1 al 5 en los enunciados negativos y del 5 al 1 en los positivos. Puntuaciones más elevadas resumen actitudes más negativas, al contrario que sucede con el KAOP de Kogan (1961). En su versión original, esta escala posee una validez de constructo adecuada y una elevada consistencia interna (Fraboni et al., 1990). Si bien la escala ha sido traducida a idiomas como el turco, el chino y el francés, actualmente no se dispone de una versión traducida al español (Boudjemad & Gana, 2009; Fan et al., 2020; Kutlu, Kucuk, & Yildiz-Findik, 2012) (ver [Anexo 11](#)).

#### *1.5.1.2.7. Ageism Survey*

Después de elaborar el FAQ2 (Palmore, 1981), Palmore optó por elaborar un nuevo instrumento para compensar las carencias en las propiedades psicométricas de su anterior instrumento. En este caso, 20 años después, Palmore (2001) confeccionó un nuevo cuestionario al que bautizó “ageism survey”, que se compone de 20 ítems que abordan la experiencia de estereotipos, prejuicios y comportamientos discriminatorios, y cuyas respuestas son de tipo Likert de 3 opciones según la frecuencia en la que se dan (“Nunca” = 0 puntos, “1 vez” = 1 punto, y “Más de una vez” = 2 puntos). Dichos enunciados solo incluyen formas negativas del edadismo y fueron utilizados originalmente en una muestra de personas mayores. Tiene una consistencia interna y validez correcta. Aunque el ageism survey es la herramienta más utilizada para establecer la prevalencia del edadismo en distintos grupos de edad (edadismo padecido) en Estados Unidos,

Canadá y Turquía, se requieren estudios que amplíen su uso en distintos territorios (Wilson et al., 2019). No dispone de versión adaptada al castellano (ver [Anexo 12](#)).

#### *1.5.1.2.8. Attitudes to aging questionnaire (AAQ)*

El AAQ es un cuestionario que fue desarrollado en personas mayores que participaban en múltiples centros del Grupo World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD), ubicados en ciudades de todo el mundo, entre las que se incluye Barcelona (Laidlaw et al., 2007). Su versión original, tras varias modificaciones, se estableció en un formato de 24 ítems, tanto positivos como negativos, distribuidos en 3 factores distintos y que abarcan múltiples aspectos del envejecimiento: “*psychosocial loss*”, “*physical change*” y “*psychological growth*”. La respuesta es de tipo Likert de 5 opciones (1-5) según el grado de conformidad, siendo posibles en cada factor o subescala, puntuaciones entre 8 y 40 (“nada cierto” = 1 punto, “un poco cierto” = 2 puntos, “moderadamente cierto” = 3 puntos, “muy cierto” = 4 puntos, y “extremadamente cierto” = 5 puntos). Una actitud positiva viene definida por puntuaciones elevadas en las subescalas de cambios físicos y crecimiento psicológico. La versión original del AAQ posee buenas propiedades psicométricas, contando con una buena consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez discriminante y validez concurrente (ver [Anexo 13](#)).

La versión de 24 ítems del AAQ, conservando las características de la original, ha sido adaptada a la población española reportando propiedades psicométricas satisfactorias, logrando una aceptabilidad, consistencia interna y de constructo, y validez convergente y discriminante adecuadas, aunque las subescalas mostraron una menor fiabilidad que la versión original (Lucas-Carrasco, Laidlaw, Gómez-Benito, & Power, 2013).

A pesar de las buenas propiedades psicométricas presentadas tanto por el AAQ como por su versión en castellano, recientemente, Laidlaw, Kishita, Shenkin y Power (2017), han confeccionado una versión reducida del AAQ, denominada “*AAQ-SF*”, que conserva una consistencia interna adecuada al mantener la estructura trifactorial del original y una buena validez de constructo.

#### 1.5.1.2.9. *Aging perceptions questionnaire (APQ)*

Este cuestionario fue ideado por Barker et al. (2007) como herramienta de evaluación multidimensional de la SPA de una muestra de personas mayores, considerando también prejuicios y conductas discriminatorias. El APQ está formado por 32 ítems distribuidos en 7 dimensiones: “*timeline chronic*” (5 ítems), “*timeline cyclical*” (5 ítems), “*positive consequences*” (3 ítems), “*negative consequences*” (5 ítems), “*positive control*” (5 ítems), “*negative control*” (4 ítems) y “*emotional representations*” (5 ítems). La respuesta es de tipo Likert de 5 opciones según el nivel de conformidad: “totalmente en desacuerdo” (1 punto), “en desacuerdo” (2 puntos), “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (3 puntos), “de acuerdo” (4 puntos) y “totalmente de acuerdo” (5 puntos). Las puntuaciones más altas indican un mayor respaldo de una percepción específica. Esta herramienta cuenta con una buena consistencia interna y validez de constructo. Aunque el APQ ha sido utilizado y validado en múltiples países, por ejemplo, Francia, Alemania y China (Chen, Hu, Zhu, Li, & Zhou, 2016; Ingrand et al., 2012; Slotman, Cramm, & Nieboer, 2015) en la actualidad no se dispone de una versión adaptada al español (ver [Anexo 14](#)).

#### **1.5.2. Relación de los estereotipos negativos del envejecimiento con otras variables en personas mayores**

Múltiples trabajos a lo largo de la literatura han estudiado la relación de las actitudes edadistas (estereotipos, percepciones, prejuicios, comportamientos, etc.) con variables de distinta índole. Aun así, en estos estudios, las variables independientes que eran relacionadas con la discriminación por edad eran abordadas de manera aislada, es decir, se incluían variables procedentes de dimensiones concretas que no eran consideradas desde un punto de vista integral o multidimensional, por lo que la consideración metodológica de la VGI en el campo del edadismo, actualmente, permanece aún sin representación en la bibliografía. Entre dichas variables podemos encontrar las siguientes: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, etc.), físicas (estado funcional, equilibrio, velocidad de la marcha, etc), mentales (deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, etc.) y sociales (aislamiento social, depresión, exclusión social, etc.).

En este apartado serán citados varios de los estudios revisados en la bibliografía tanto a nivel nacional como a nivel internacional, que han sido ideados con el fin de

analizar la relación entre estereotipos o actitudes edadistas con variables multidimensionales.

#### 1.5.2.1. Primeros estudios destacados en el ámbito nacional e internacional

En el *ámbito internacional*, a finales de los años 70, concretamente en Estados Unidos, comenzaron a surgir los primeros estudios que analizaban la relación del edadismo con distintas variables:

- En una muestra de alumnos universitarios, Palmore (1977), que presentó el FAQ en ese mismo estudio, refirió que los graduados acertaron el 80% de los ítems, los pregraduados el 65% y los facultativos el 90%; a mayor formación mayor número de respuestas acertadas.
- En 1980, Palmore realizó una revisión de 25 artículos que hicieron uso de su recién confeccionado FAQ (Palmore, 1980). Estos estudios sugirieron que los ítems más frecuentes eran los negativos, que el nivel educativo estaba estrechamente relacionado con la percepción del envejecimiento (a menor educación, visión del envejecimiento más negativa) y que la percepción del envejecimiento se podía mejorar mediante formación en gerontología.
- Otro de los estudios más reseñables de Palmore fue el realizado en el año 2001, en el que analizó las propiedades psicométricas del recientemente estrenado *Ageism Survey* (Palmore, 2001). La muestra de ese estudio, la cual se compuso de personas mayores, reportó una mayor prevalencia de edadismo a mayor edad, al ser mujer y al disponer de un menor nivel educativo.
- En Latinoamérica también existen diversos estudios que estudian la relación de estereotipos negativos del envejecimiento con diversas variables en personas mayores. Lasagni et al. (2013) analizaron la presencia de estereotipos negativos en personas mayores, estudiando a la vez la influencia de diversas variables sociodemográficas sobre los mismos. Una ocupación remunerada o percibir una pensión estuvo asociado significativamente a una percepción de envejecimiento más positiva. A su vez, un mayor nivel educativo se tradujo en una menor presencia de estereotipos negativos en el ideario de las personas mayores. En el contexto de América Latina, Sanhueza (2014) estudió las imágenes

de la vejez de personas mayores en el contexto educativo con el CENVE, reportando que la muestra de mayores mostró una percepción positiva del envejecimiento. Las personas que viven con su pareja, a su vez, reportaron una visión del envejecimiento más negativa. En cuanto al nivel educativo y nivel socioeconómico, las personas con escolaridad, estudios superiores y pensiones superiores a 1000 euros se tradujeron en una menor presencia de estereotipos negativos relativos al carácter y personalidad.

En el *ámbito nacional*, sin embargo, los primeros trabajos que abarcaron el estudio de la relación entre la discriminación por edad y otras variables independientes no comenzaron hasta el final de los años 90:

- En su estudio, además de presentar el DSE, Villar (1997) midió las diferencias existentes en la actitud hacia el envejecimiento entre personas de distintos rangos de edad, concluyendo que el envejecimiento fue definido como un término neutro, que era concebido de forma más positiva en los grupos de mayor edad. 3 años más tarde, Villar, junto con Triado, adaptaron el FAQ al castellano, estudiando a la vez la relación entre los resultados obtenidos por los participantes en dicho cuestionario con la variable edad (Villar & Triado, 2000). Este estudio vio como el sexo, la convivencia con personas mayores de 65 y el estado de salud no se asociaban a la percepción del envejecimiento, y que las personas de los grupos más jóvenes acertaban menos ítems que los mayores, manteniéndose estables las respuestas erróneas con la edad.
- La Tesis Doctoral de Sánchez (2004), al mismo tiempo que sirvió para presentar el CENVE en sociedad, en su segunda parte, trataba de analizar la relación de los estereotipos negativos del envejecimiento con diversas variables en personas mayores no institucionalizadas. Esta segunda parte estimó que el perfil de personas con una percepción más negativa del envejecimiento cumplía con las siguientes características: más edad, nivel educativo bajo, escasa actividad física, con menos relaciones sociales y responsabilidades hacia los demás, baja autoestima y optimismo, edad subjetiva superior a la cronológica y con mala salud. Si bien este estudio, en cierta medida incluye variables sociodemográficas y psicosociales, no considera variables físicas, por lo que, a pesar de analizar la discriminación por edad en un contexto bastante amplio, no considera la

metodología de la VGI. Los resultados de esta Tesis Doctoral fueron divulgados posteriormente a través de distintos artículos (Blanca et al., 2005; Sánchez et al., 2009a; 2009b).

- Castellano y de Miguel (2010), al presentar las adaptaciones al castellano de las herramientas AN-PP y AE en una muestra de mayores, analizaron también la relación de los resultados obtenidos en ambos cuestionarios con variables sociodemográficas como el sexo, declarando que la muestra total mostró resultados más orientados hacia el polo positivo, y que las mujeres percibían el envejecimiento de manera más negativa que los hombres. Tras un año, estos mismos autores confeccionaron el cuestionario CONDUC-ENV, alegando de nuevo que su muestra de personas mayores presentaba una percepción del envejecimiento positiva, y que las mujeres, en este caso, recibían más apoyo positivo general que los hombres (Castellano & de Miguel, 2011). de Miguel y Castellano (2012), después de validar el PREJ-ENV, también concluyeron que los mayores reportaron una actitud hacia el envejecimiento más positiva que negativa.
- Castellano (2014) analizó la relación entre las actitudes hacia el envejecimiento, el bienestar percibido y distintas variables sociodemográficas en personas mayores que acudían a centros de día. Como resultado, las actitudes positivas se asociaron al bienestar físico y psicológico y a un mejor estado emocional. A su vez, las actitudes negativas, hicieron lo propio con el malestar físico, somático y emocional, relacionándose también al desajuste emocional y a la insatisfacción vital.
- Menéndez et al. (2016), que hicieron también uso del CENVE, analizó la estructura factorial de dicha prueba y analizó la relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento y varias variables sociodemográficas en una muestra de personas jóvenes y adultos. Según estos autores, el nivel educativo fue la variable que reportó una mayor significación. La edad y el sexo solo lograron la significación tras el análisis multivariante. El contacto con personas mayores dependientes y no dependientes y la formación específica en geriatría no fueron parámetros significativos, aunque dichas variables solo fueron evaluadas mediante preguntas generales y aproximativas.

En la [Figura 34](#) son expuestas varias de las principales herramientas y cuestionarios que serán abordados en este apartado. Cabe destacar que los cuestionarios que evalúan prejuicios y comportamientos discriminatorios, en su mayoría, son estudiados en conjunto con los estereotipos, por lo que ambos, se enumerarán en una única categoría.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL EDADISMO		
ESTEREOTIPOS	PREJUICIOS Y CONDUCTAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AN-PP (Morgan &amp; Bengtson, 1976)</li> <li>▪ AE (Kilty &amp; Feld, 1976)</li> <li>▪ FAQ (Palmore, 1977)</li> <li>▪ ERA (Sarkisian et al., 2002)</li> <li>▪ IAS (Levy et al., 2004)</li> <li>▪ CENVE (Sánchez, 2004)</li> </ul>	PREJUICIOS	ESTEREOTIPOS + PREJUICIOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ASD (Rosencranz &amp; McNeil, 1969)</li> <li>▪ DSE (Villar, 1997)</li> <li>▪ PREJ-ENV (de Miguel &amp; Castellano, 2012)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KAOP (Kogan, 1961)</li> </ul>
	CONDUCTAS	ESTEREOTIPOS + PREJUICIOS + CONDUCTAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CONDUC-ENV (Castellano &amp; de Miguel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FSA (Fraboni et al., 1990)</li> <li>▪ Ageism Survey (Palmore, 2001)</li> <li>▪ AAQ (Laidlaw et al., 2007)</li> <li>▪ APQ (Baker et al., 2007)</li> </ul>

**Figura 34.** Herramientas de evaluación del edadismo. Fte.: Elaboración propia. AN-PP = Negative Attributes of Old Age and Positive Potential in Old Age; AE = Attitudes Toward Aging; FAQ = Facts on Aging Quiz; IAS = Image of Aging Scale; CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; ASD = Aging Semantic Differential; DSE = Diferencial Semántico del Envejecimiento; PREJ-ENV = Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento; CONDUC-ENV = Cuestionario de Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento; KAOP = Kogan’s Attitudes Towards Older People Scale; FSA = Fraboni Scale of Ageism; ERA = Expectations Regarding Aging; AAQ = Attitudes to Aging Questionnaire; APQ = Aging Perceptions Questionnaire.

### 1.5.2.2. Relación del edadismo con variables sociodemográficas

#### 1.5.2.2.1. *Edad*

Entre las variables sociodemográficas, la edad es una de las más analizadas en el contexto del edadismo. Actualmente no existe consenso sobre la asociación de esta variable con la discriminación por edad. Aunque la mayoría de estudios afirman que ambas variables no se asocian significativamente (Ayalon, 2018; Castellano, 2014; Duran-Badillo et al., 2016; Numbers et al., 2019; Nunes et al., 2018) o que las personas más mayores reportan una visión del envejecimiento más negativa (Freeman et al., 2016; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009b; Shin et al., 2019), en la actualidad existen investigaciones, aunque sean en menor número, que defienden una percepción del envejecimiento más positiva

por parte de los individuos de los grupos de mayor edad (Hooker et al., 2019; Levy et al., 2014; Parish et al., 2019; Wilson et al., 2019).

#### *1.5.2.2.2. Sexo*

Al igual que sucede con la edad, el sexo, a día de hoy, no dispone de unanimidad en lo que respecta a su relación con la discriminación por edad. Si bien un número mayor de estudios coincide en que las mujeres refieren una visión con un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento que los hombres (Ayalon, 2018; Castellano & de Miguel, 2010; Castellano, 2014; Palmore, 2001; Sánchez et al., 2009b; Sanhueza, 2014), otros estudios citan que ambas variables no están relacionadas (Duran-Badillo et al., 2016; León et al., 2015; Nunes et al., 2018; Palmore, 1980; Villar & Triadó, 2000), y raramente, que las mujeres perciben de manera más positiva el envejecimiento que los hombres (Freeman et al., 2016).

Tal y como declaró Sontag (1979), “mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen”. Esta declaración hace alegoría al doble efecto negativo del edadismo en las mujeres, el cual puede fundamentarse en una mayor influencia del canon de belleza, el patriarcado y la mayor esperanza de vida de las mujeres mayores (de Lemus & Expósito, 2005).

El envejecimiento no es igual en hombres que en mujeres, por lo que el abordaje del edadismo ha de ser también distinto. Aunque actualmente se sabe poco sobre factores biológicos que fundamenten la brecha de género para la esperanza de vida y la morbilidad (Nakamura & Miyao, 2008), existen diversos trabajos que evalúan diferencias entre géneros en el proceso de envejecer.

En su mayoría, los trabajos presentes en la bibliografía posicionan a las mujeres mayores en una situación de desventaja frente a los hombres de su edad. Es común achacar a las mujeres mayores un mayor número de cualidades negativas como la discapacidad, el deterioro funcional, una peor calidad de vida, mayores gastos en atención médica etc. (Marengoni et al., 2011; Nakamura & Miyao, 2008). Aun así, hay autores, que no de acuerdo con lo anterior, hacen énfasis en las ventajas de las cualidades de las mujeres mayores como pueden ser menor tasa de mortalidad en las principales causas de muerte y mayor esperanza de vida (Lipsky, Cannon, & Lutfiyya, 2014), menor precocidad en el comienzo del deterioro cognitivo y mejor comprensión de la actividad cerebral regional relacionada con

las emociones (Gur & Gur, 2002), menor impacto de la mortalidad por mala salud mental (suicidio) (Kiely, Brady, & Byles, 2019), menos vulnerabilidad frente a la soledad frente a hombres jóvenes (Barreto et al., 2020), mejor tolerancia a la fragilidad (Gordon et al., 2017), etc.

#### *1.5.2.2.3. Estado civil*

Según Bazo & Maiztegi (1999), las personas mayores viudas presentaban más creencias edadistas y una peor percepción de la salud que las casadas. Un factor que podría justificar de cierta manera esta asociación es el mayor riesgo que poseen las personas sin pareja a padecer ansiedad (Patra et al., 2017). Castellano (2014), a su vez, coincide de cierta manera con lo anterior, ya que, según su trabajo, las personas mayores viudas refirieron mayores niveles de satisfacción vital. Otra vertiente de trabajos concluye con ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y los estereotipos negativos del envejecimiento (Duran-Badillo et al., 2016; Sánchez, 2004).

#### *1.5.2.2.4. Nivel académico*

El nivel educativo es, junto la edad y el sexo, la variable que en más ocasiones ha sido estudiada en el contexto edadista. Prácticamente la totalidad de estudios reportan que las personas con un nivel académico mayor presentan una percepción del envejecimiento menos estereotipada, más realista y positiva que las personas con menor formación académica (Castellano, 2014; Freeman et al., 2016; Lasagni et al., 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014).

A pesar de lo anterior, tal y como se indica previamente en el presente trabajo (ver el apartado 1.4.3.3.1.), en el contexto sociosanitario, la formación académica no exime a los estudiantes y profesionales de dicho ámbito de presentar creencias y actitudes estereotipadas (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Chang et al., 2020; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Godoy et al., 2017; Kagan & Melendez-Torres, 2015; León et al., 2015; Lucchetti et al., 2017; Makris et al., 2015; Ragan & Bowen, 2001; Sarabia & Castanedo, 2015; Shima et al., 2016). Este hecho, no hace más que remarcar la importancia de formar correctamente a los estudiantes y trabajadores de este ámbito, ya que, durante el

desarrollo de su práctica profesional, estos van a incidir directamente sobre la salud de las personas mayores y sus familias.

*1.5.2.2.5. Pensión de jubilación, profesión y edad de jubilación*

Varios estudios de la bibliografía reportan que las personas provistas de menos recursos económicos presentan más estereotipos negativos del envejecimiento (Lasagni et al., 2013; Sanhueza, 2014), además de un riesgo mayor de sufrir este tipo de discriminación (Ayalon, 2018; Hooker et al., 2019). Esta variable está fuertemente asociada a la edad y al nivel educativo, ya que las personas más mayores, debido a circunstancias específicas del momento, no tuvieron acceso a una formación académica más extensa, y por consiguiente, sus retribuciones económicas fueron menores a las personas que ejercieron profesiones que requerían una mayor formación académica. Lo mismo puede suceder con las profesiones ejercidas por los mayores a lo largo de su vida laboral, ya que hay profesiones que reciben menos retribuciones que otras y que pueden requerir una edad de jubilación temprana o no.

La edad de jubilación no ha sido estudiada en el contexto edadista, aun así, es destacable el trabajo de Ayalon (2018), ya que en este confirma que trabajar reduce el edadismo percibido. Según Butler (1969), la jubilación representa el primer término al se asocia la vejez, haciéndose alusión así a la característica de vulnerabilidad, y esto, en una sociedad en la que las personas son juzgadas por su productividad, hace que esta variable adquiera una mayor importancia en el contexto edadista y deba ser considerada en futuros estudios.

Sabiendo que trabajar reduce el edadismo percibido, una jubilación prematura podría incidir negativamente tanto en la percepción del envejecimiento como en la retribución económica del mayor, por lo que la pensión de jubilación y la edad de jubilación, en este caso en el campo de la discriminación por edad, son variables estrechamente relacionadas entre sí, al igual que el tipo de profesión ejercida durante la vida, ya que esta está sujeta a variables como el nivel educativo, la retribución económica y la edad de jubilación.

#### *1.5.2.2.6. Número de hijos y nietos*

No hay estudios que analicen directamente la relación entre el número de descendencia y la discriminación por edad. Tal y como refieren Sánchez (2004) y Sánchez et al. (2009a), las personas mayores que viven en la comunidad y tienen responsabilidades sobre otras personas han reportado menos estereotipos negativos del envejecimiento y una mayor sensación de utilidad. La soledad, variable que a lo largo de la literatura se ha asociado en varias ocasiones al edadismo, también puede ser un factor a tener en cuenta en esta relación (Coudin & Alexopoulos, 2010; McHugh, 2003), al igual que sucede con el aislamiento social (Blanca et al., 2005; Healy, 1993; Palmore, 1999; Ragan & Bowen, 2001).

#### *1.5.2.2.7. Lugar de procedencia*

El lugar de nacimiento, aunque no dispone actualmente de trabajos que analicen su relación con el edadismo, puede vincularse de una u otra forma con este tipo de discriminación. Por poner un ejemplo, según Arroyo (2003), en España, entre los años 1951 y 1975, sucedió un éxodo rural en el que muchas personas se dirigieron a distintas ciudades y núcleos urbanos. Es destacable que estas personas recién llegadas provenían del medio rural, trabajaban la agricultura y poseían un escaso nivel educativo y pocos recursos económicos. La relación entre estas variables, unida al contexto sociocultural del lugar de origen de estas personas, podría explicar la asociación que el lugar de nacimiento pudiera tener con la percepción del envejecimiento de las personas mayores.

#### *1.5.2.2.8. Participación en actividades*

En palabras de Sánchez (2004) y Sánchez et al. (2009a), la participación en distintas actividades por parte de las personas mayores permite tener una percepción más positiva del envejecimiento. Al mismo tiempo, otros estudios han reportado que el edadismo se ha asociado a una reducción de la participación social (Robertson & Kenny, 2016b), pudiendo llegar hasta el punto de ser excluidos socialmente (Burnes et al., 2019; Wethington et al., 2016) o de sufrir marginación social (Vitman et al., 2014).

Los programas de envejecimiento activo, a su vez, son útiles para promover una imagen del envejecimiento más positiva en personas mayores (Levy

& Myers, 2004; Mendoza-Ruvalcaba & Fernández-Ballesteros, 2016; Minichiello et al., 2000; Walker, 2002). La participación en actividades educativas y el contacto intergeneracional también reportan mejoras en la percepción del envejecimiento de quienes participan (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015). La discriminación por edad también representa un obstáculo a la hora de adoptar comportamientos saludables (Nelson, 2016; Nunes et al., 2018; Rippon et al., 2014).

#### *1.5.2.2.9. Institucionalización*

Aunque no hay estudios que aborden la relación del tiempo de institucionalización de las personas mayores en centros de larga estancia con la percepción del envejecimiento, hay que tener en cuenta varios factores referentes a la población de mayores que residen en residencias y centros sociosanitarios.

Las personas mayores institucionalizadas presentan características totalmente distintas a las personas mayores que viven en sus hogares. Entre las causas más comunes de institucionalización en personas mayores se encuentran el deterioro funcional (Dufournet et al., 2019), la viudedad, la demencia, el deterioro de la movilidad (Hajek et al., 2015) y la fragilidad (Kojima, 2018).

Con el paso de los años, durante la institucionalización, el estado físico, cognitivo y psicoafectivo de las personas mayores va deteriorándose, volviéndose así más frágiles (Borges, Silva, Clares, Bessa, & de Freitas, 2013; Kojima, 2015) y pudiendo ser esto un factor que influya en un empeoramiento de la percepción del envejecimiento (Buckinx et al., 2018; Robertson & Kenny, 2016a). Otra característica destacable es la edad, ya que según aumenta la edad, mayor es el porcentaje de personas que ingresan en instituciones. Un claro ejemplo de ello es el estudio de Harris-Kojetin et al. (2019), donde dicho porcentaje era del 18,2% en personas de 65-74 años, 26,7% en 75-84 años y 38,6% en 85 años o más, por lo que puede estimarse que las poblaciones de personas mayores que viven institucionalizadas son mayores que las que viven en sus hogares.

La fragilidad, variable asociada también a la edad, es una condición de salud muy presente en las personas institucionalizadas. Según Kojima (2015), el porcentaje de personas pre-frágiles y frágiles en residencias fue del 52,3% y 40,2% respectivamente. Sin embargo, en personas mayores de la comunidad, dichos porcentajes distan de los anteriores. Mientras que el porcentaje de personas

mayores en estado de pre-fragilidad puede ser superior que en institucionalizadas (71,1%), el porcentaje de personas mayores frágiles es muy inferior (7,8%) (Lorenzo-López et al., 2019).

#### *1.5.2.2.10. Religiosidad*

Según Caldwell & Caldwell (2010), los valores cristianos han podido contribuir a una visión que menosprecia el valor de las personas mayores, siendo una excepción el Evangelio de San Lucas, el cual conceptualiza a las personas mayores de forma positiva. Bengtson, Endacott, & Kang (2018) vuelven a incidir que muchas iglesias equiparaban el hecho de ser mayor con la fragilidad, pareciendo haber indicios de creencias edadistas por parte del clero. Otros autores, sin embargo, concuerdan en que la religión no se relaciona a la percepción del envejecimiento de las personas mayores (Sánchez, 2004) ni a las actitudes hacia los/as mayores en estudiantes de enfermería (Haight, Christ, & Dias, 1994).

#### *1.5.2.2.11. Polifarmacia y multimorbilidad*

Si bien múltiples trabajos mencionan que las creencias edadistas afectan negativamente a la calidad de los cuidados y tratamientos ofertados por los profesionales sanitarios (Allen, 2016; Eymard & Douglas, 2012; Kagan & Melendez-Torres, 2015; León et al., 2015; Makris et al., 2015), la relación entre el número de fármacos y el edadismo no ha sido estudiado.

La polifarmacia, definida mayormente como el consumo de 5 o más medicamentos (Masnoon, Shakib, Kalisch-Ellett, & Caughey, 2017), representa un problema de salud pública cada vez más prevalente y que está estrechamente relacionada con la multimorbilidad en las personas mayores (Fialová, Kummer, Držaić, & Leppee, 2018). La multimorbilidad, a su vez, puede influir negativamente en la percepción de los mayores de su propia salud, contribuyendo así a un mayor consumo de fármacos (Cavalcanti et al., 2017).

Como se ha reportado anteriormente (ver el apartado 1.4.3.1.), la discriminación por edad también se ha asociado a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas tales como patologías cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias, problemas circulatorios, trastornos musculoesqueléticos, DM,

trastornos mentales y otras enfermedades no transmisibles (Levy et al., 2020; Wurm et al., 2007).

Conocida la relación entre el padecimiento de enfermedades crónicas y los estereotipos negativos del envejecimiento (Allen, 2016; Chang et al., 2020; Freeman et al., 2016; Jackson et al., 2019; Levy et al., 2020; Wurm et al., 2007), y teniendo en cuenta la asociación entre la multimorbilidad y la polifarmacia, esta segunda variable podría estar de alguna manera relacionada con la discriminación por edad si bien aún no hay estudios que así lo corroboren.

#### *1.5.2.2.12. Antropometría*

Estas variables carecen de representación en la literatura del edadismo. Anteriormente, se ha citado a Lemus & Expósito (2005), los cuales referían como el canon de belleza hacía mella especialmente en mujeres de edad avanzada. Sabik (2015) indicó que la percepción del envejecimiento y la estima corporal se asociaron a un menor bienestar psicológico en mujeres de distintas etnias. Además, Clarke & Griffin (2008) concluyeron, que la invisibilidad social, vista como adquisición de signos visibles del envejecimiento, empujaba a las mujeres mayores a cambiar su imagen para hacer dichos signos imperceptibles. Es evidente que una menor altura y un mayor peso e IMC no son las características más atractivas según el canon de belleza actual. Sánchez (2004) también indicó que la percepción de la salud y de la motivación-socialización era más positiva en personas que practicaban actividad física, pudiendo relacionar indirectamente un menor peso e IMC a esta asociación.

El edadismo puede empujar a la persona a adoptar conductas poco saludables, que a su vez pueden traducirse en consecuencias negativas para la salud, como puede ser un aumento de peso e IMC (Andrews et al., 2017; Dionigi, 2015; Levy & Myers, 2004; Nelson, 2016; Nunes et al., 2018; Rippon et al., 2014; Sarkisian et al., 2005a) (ver el apartado 1.4.3.1.).

#### *1.5.2.2.13. Cuidado de personas dependientes*

A pesar de que el edadismo ha sido detectado en muestras de cuidadores/as informales (Shin et al., 2019; Wyman et al., 2019), la escasez en la literatura de estudios que analicen la relación entre este tipo de discriminación y la adopción del

rol de cuidador/a es notable (ver el apartado 1.4.4.2.). Según Loi et al. (2015), un mayor burden en la labor de cuidador/a informal se asocia a más actitudes negativas hacia el envejecimiento.

Se requieren más estudios que aborden la relación entre estas 2 variables, y más cuando en la práctica, se ha podido observar como en el entorno familiar, el edadismo se ha asociado al abuso o maltrato físico y psicológico de las personas mayores (Levy, 2018; Kagan 2008; Kagan & Meléndez-Torres, 2015; Mysvuk et al., 2013; North & Fiske, 2012; Palmore, 1990), teniendo que añadir que estos malos tratos han ido aumentando con el paso de los años (Breckman & Pillemer, 2014; Dong, 2014; Pillemer et al., 2015).

### 1.5.2.3. Relación del edadismo con variables físicas

De acuerdo con la profecía autocumplida de creencias negativas del envejecimiento, Sargent-Cox et al. (2014) indicaron que las autopercepciones negativas del envejecimiento aumentaron significativamente la *mortalidad* de las personas mayores y el deterioro de la salud, favoreciendo de esta forma la vulnerabilidad de los mayores. La mayor mortalidad de personas con autopercepciones del envejecimiento más negativas ya fue confirmada en estudios anteriores, tales como el de Levy et al. (2002a), los cuales declararon que las personas con autopercepciones más positivas del envejecimiento, tras un seguimiento de 23 años, vivían de promedio 7,5 años más que los que percibieron su envejecimiento de manera más negativa. El estudio de Kotter-Grühn et al. (2009) vuelve a confirmar la relación de las autopercepciones del envejecimiento con la longevidad, añadiendo que las mismas pueden predecir los cambios de la edad y la mortalidad a 16 años. Chang et al. (2020) reportaron que el edadismo se asociaba significativamente a una menor longevidad y a una mayor prevalencia de enfermedades tanto físicas como mentales.

Wurm et al. (2007) confirmaron que una percepción negativa del envejecimiento está estrechamente asociada con el *aumento de enfermedades físicas* tales como enfermedades cardiovasculares, problemas circulatorios, enfermedades de espalda o de las articulaciones, DM, enfermedades gastrointestinales y enfermedades respiratorias, definiendo la direccionalidad de dicha relación, al anteponer la influencia de las creencias negativas sobre la salud y no a la inversa. Años más tarde, Levy et al. (2020), profundizaron aún más en la relación del edadismo con las enfermedades crónicas, admitiendo que había 17,04 millones de casos de pacientes mayores con enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, trastornos

musculoesqueléticos, lesiones, DM, tratamiento de tabaquismo, trastornos mentales y enfermedades no transmisibles, que eran atribuibles a la discriminación por edad. Teniendo en cuenta la anteriormente citada *hipótesis de la meteorización* (Geronimus, 1992), Allen (2016) afirma que los estereotipos negativos pueden afectar como estresantes crónicos, dando lugar así a un envejecimiento prematuro y a la aparición de múltiples problemas de salud tales como enfermedades crónicas o una mayor mortalidad.

Otros estudios promulgan otras taras de la salud física, como por ejemplo el *deterioro funcional*. Robertson y Kenny (2016a) indicaron que las percepciones negativas del envejecimiento predicen el deterioro funcional de la persona mayor, mencionando el trabajo de Levy et al. (2014), los cuales reportaron que la promoción de percepciones positivas del envejecimiento durante 4 semanas puede mejorar la función física del mayor, incluso superando a una intervención física de 6 meses de duración. Las percepciones negativas del envejecimiento también influyen negativamente en el autocuidado de la persona mayor (Levy & Myers, 2004). Los individuos con más autopercepciones negativas del envejecimiento presentaron mayores niveles de limitación funcional al de 2 años y medio (Wolff et al, 2017). Estudios similares como el de Levy et al. (2002b) y Wurm & Benyamini (2014), determinaron que los estereotipos negativos del envejecimiento reducen la autonomía en las AVD, incrementan el número de enfermedades, deterioran la función física y la autopercepción de la salud y elevan el riesgo de mortalidad. Una autopercepción negativa del envejecimiento ha resultado ser también un factor predictor de un futuro deterioro en la autonomía de las AVD (Moser et al., 2011).

La fuerza de las manos también se ve afectada por la discriminación por edad, tal y como relatan Swift et al. (2012) en su estudio, en el que al grupo experimental le informaron que la fuerza de sus manos iba a ser comparada con la de personas jóvenes, y al grupo control no, logrando estos mejores puntuaciones en la fuerza de las manos. Contrario a lo anterior, Horton, Baker, Pearce, & Deakin (2010) refirieron que la fuerza de las manos no era alterada por estereotipos negativos del envejecimiento, por lo que actualmente no existe consenso respecto a la relación entre estas 2 variables

La velocidad de la marcha también se ve perjudicada por los estereotipos negativos de la vejez, habiendo una reducción de la misma hasta 2 años después (Robertson et al., 2015; Robertson & Kenny, 2016a), pudiendo suceder lo mismo también con el equilibrio (Chiviacowsky et al., 2018; Levy et al., 2020). Al citar la velocidad de la marcha, es mencionable que aún no hay consenso en la bibliografía en

este epígrafe, ya que otros estudios como el de Hausdorff et al. (1999) declararon la ausencia de relación estadísticamente significativa entre estas 2 variables. La prueba de sentarse y levantarse de la silla no dispone de estudios que asocien este apartado al edadismo, aunque conociendo la asociación de este tipo de discriminación con otras variables físicas (equilibrio), es de suponer una relación similar entre esta prueba y el edadismo.

En relación con el deterioro de la autonomía, la *fragilidad* también es un concepto fuertemente vinculado a la discriminación por edad. Según Gale y Cooper (2018), las actitudes negativas hacia el envejecimiento aumentan el riesgo de convertirte en prefrágil o frágil físicamente. Buckinx et al. (2018) hizo mención de esa relación en su trabajo, añadiendo que las personas mayores institucionalizadas frágiles reportaron más creencias negativas que las prefrágiles y las sanas. Conocidas las consecuencias negativas del edadismo en la salud de la persona mayor a todos los niveles (ver el apartado 1.4.3.1.), se puede suponer la fuerte relación de este tipo de discriminación con la fragilidad física, psicológica y social, vista la influencia de este tipo de discriminación sobre el deterioro de estas dimensiones.

#### 1.5.2.4. Relación del edadismo con variables mentales (estado cognitivo y psicoafectivo)

El *estado cognitivo* de la persona mayor se puede ver afectado por la irrupción de estereotipos negativos del envejecimiento. Al igual que se ha indicado con anterioridad, la activación de estereotipos negativos del envejecimiento empeora el rendimiento de la memoria y la autoeficacia de la misma (Armstrong et al., 2017; Hess et al., 2003; Lamont et al., 2015; Levy, 1996; Levy et al., 2012a). Levy (2000) refirió también que los mayores bajo la influencia de estereotipos negativos tienen un estilo de escritura más deteriorado que los que reciben estereotipos positivos. Como resultado del estudio de Robertson y Kenny (2016a), existe una interacción entre los estereotipos negativos del envejecimiento y la fragilidad al predecir la cognición global, la función ejecutiva y la atención. Un estudio reciente declaró que los estereotipos negativos del envejecimiento actúan como estresantes que pueden disminuir el rendimiento y el resultado de las pruebas para la detección del deterioro cognitivo como el MMSE y el MoCA en el 40% de los participantes que cumplen criterios de defecto cognitivo leve (Mazerolle et al., 2017; Siebert et al., 2018).

Respecto a la *esfera afectiva*, en lo referente a la ansiedad, Levy y Langer (1994) y Freeman et al. (2016), reportaron que un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento se asoció a una mayor sintomatología ansiosa. Esto se repitió años más tarde con Levy et al. (2014), quienes manifestaron que la aceptación de estereotipos negativos del envejecimiento tiene como consecuencia mayores niveles de ideación suicida, de ansiedad y de estrés postraumático, en comparación con los individuos que resistieron a dichas percepciones erróneas. Lyons et al. (2018) refirió que las experiencias edadistas se asociaron a problemas de salud mental como la ansiedad y el estrés general. Un hecho particular en lo que concierne a la ansiedad es que los efectos de la amenaza del estereotipo puede verse relacionados con la ansiedad ante la realización de la misma prueba (Abrams et al., 2008).

En cuanto a la depresión, Freeman et al. (2016), al igual que manifestaron en lo relativo a la ansiedad, asociaron una percepción más negativa del envejecimiento a un mayor número de síntomas depresivos. Varios estudios previos, como es el caso del de Sindi et al. (2012), reportaron que la internalización de estereotipos negativos del envejecimiento se asoció a un aumento de la sintomatología depresiva. Worm y Benyamini (2014) manifestaron que las personas sujetas a autopercepciones negativas del envejecimiento que no aceptaban pérdidas físicas del proceso de envejecer (no optimismo), mostraron más síntomas de depresión que sus contrapartes. Han y Richardson (2015) refirieron en su estudio que la discriminación por edad percibida, mediada por la SPA, se asoció significativamente con síntomas depresivos. Ayalon (2018) complementó lo anterior indicando que niveles más elevados de síntomas depresivos son precedidos por una mayor probabilidad de padecer discriminación por edad. Lyons et al. (2018), que también confirmaron la asociación de la ansiedad y el edadismo referido, determinaron que las experiencias edadistas se relacionaban significativamente a la depresión. Shin et al. (2019), en una muestra de personas mayores con cáncer, describieron como la experiencia de la discriminación por edad se asociaba a una mayor depresión. Aunque la relación de la discriminación por edad haya sido ampliamente estudiada en la bibliografía, actualmente se desconoce la direccionalidad de dicha asociación (Jackson et al., 2019).

La *calidad de vida* también se ve mermada por la discriminación por edad. Hay estudios que hacen referencia directa del deterioro de la calidad de vida producto del edadismo (Chang et al., 2020; Dionigi, 2015; Shin et al., 2019; Swift et al., 2017). Una forma de evaluar indirectamente la repercusión del edadismo sobre la calidad de vida, es describiendo la influencia negativa de este tipo de discriminación sobre la adopción de conductas y comportamientos saludables, como por ejemplo el

envejecimiento activo (Nelson, 2016; Nunes et al., 2018; Rippon et al., 2014). Como bien sabemos, el envejecimiento activo ha resultado ser un medio que aporta beneficios en múltiples aspectos de la persona mayor, muchos de los cuales, como se ha citado anteriormente en este apartado, se ven perjudicados por el edadismo, como por ejemplo: el estado funcional, el equilibrio, el rendimiento cognitivo, el equilibrio emocional, inclusive la misma calidad de vida (Caprara et al., 2013; Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino, 2015). El edadismo, pues, incita a la persona mayor a adquirir comportamientos poco saludables (Andrews et al., 2017; Dionigi, 2015; Levy & Myers, 2004; Sarkisian et al., 2005a), los cuales se traducirán en un empeoramiento de su salud, y por ende, en una peor calidad de vida.

#### 1.5.2.5. Relación del edadismo con variables sociales

Hay pocos trabajos que vinculen la discriminación por edad directamente con la esfera social de las personas mayores. El edadismo puede afectar gravemente a la dimensión social de la persona mayor, encontrando entre sus consecuencias más comunes el aislamiento social, vivienda e ingresos inadecuados, institucionalización innecesaria, etc. (Healy, 1993; Palmore, 1999; Ragan & Bowen, 2001). La relación del edadismo con el aislamiento social también fue sugerida por Blanca et al. (2005).

Pasando a la sensación subjetiva de soledad, McHugh (2003) y Coundin y Alexopoulos (2010), manifestaron que un mayor número de estereotipos negativos se asoció a mayores sentimientos de soledad. Shiovitz-Ezra et al. (2018) propusieron 3 vías para explicar cómo el edadismo puede influir sobre la soledad. En primer lugar, el rechazo social prolongado puede inducir a las personas mayores a evitar y retirarse de la participación social. En segundo lugar, los individuos pueden internalizar y aceptar los estereotipos de la vejez, acatando la vejez como una época de soledad y comportándose como tal. En tercer y último lugar, las conductas discriminatorias edadistas que promueven la exclusión social de los mayores pueden aumentar el riesgo a sentirse solo/a.

Tal y como cita (Burnes et al., 2019), la discriminación por edad también contribuye a la exclusión social tanto de roles como de relaciones sociales (Wethington et al., 2016), lo cual puede representar un estresante crónico que puede perjudicar la salud de la persona mayor (Allen, 2016). El edadismo reduce la participación de las personas mayores en la comunidad, provocando así un declive social y reduciendo las actividades de ocio hasta 2 años después (Robertson & Kenny, 2016b). La calidad de las relaciones sociales de la persona mayor también se ve

perjudicada por la discriminación por edad (Chang et al., 2020). Aun así, el edadismo puede ir más allá del aislamiento social y la soledad, pudiendo llegar incluso a la marginalización de las personas mayores (Vitman et al., 2014).

### **1.5.3. Intervenciones educativas para hacer frente a creencias edadistas**

#### **1.5.3.1. Antecedentes y justificación metodológica**

La bibliografía dispone actualmente de un número notable de intervenciones para hacer frente a la discriminación por edad, especialmente para hacer frente a creencias y actitudes edadistas. Entre los tipos de intervención más frecuentes, podemos hallar las intervenciones basadas en la STT (ver el apartado 1.4.1.3.1.) y las intervenciones informativas/educativas (ver el apartado 1.5.3.).

Las intervenciones basadas en la STT están centradas principalmente en infundir estereotipos negativos del envejecimiento sobre individuos con el fin de analizar las consecuencias producto de los mismos a múltiples niveles (biológico, psicológico y social) (Steele & Aronson, 1995). Existen varios estudios que confirman como la infusión de estereotipos negativos del envejecimiento dan lugar a problemas de memoria y del rendimiento cognitivo independientemente del sexo y edad (Armstrong et al., 2017; Hess et al., 2003; Lamont et al., 2015; Levy, 1996). Diogini (2015) informó que dotar a las personas mayores de estereotipos negativos empeora la SPA y el rendimiento físico, limitando la capacidad de recuperarse de la enfermedad y restringiendo conductas saludables a nivel físico, cognitivo y social. La esperanza de vida y la calidad de vida también se vieron deterioradas en este último estudio. Según Levy et al. (2008), los estereotipos negativos aumentaron la susceptibilidad al estrés de una muestra de personas mayores, reflejándose esto en la PA y la FC tras evaluar cognitivamente a los individuos.

En menor medida, la infusión de estereotipos positivos del envejecimiento también ha sido una metodología seguida a la hora de diseñar y aplicar intervenciones para mejorar la percepción y actitudes hacia el envejecimiento, concretamente a través de la SBT (Shih et al., 2012). La SBT ha dado lugar a intervenciones que han permitido mejoras en la recuperación frente a la discapacidad severa (Levy et al., 2012b), en el equilibrio (Chiviakowsky et al., 2018), en la velocidad de la marcha (Hausdorff et al., 1999), en la función física (Levy et al., 2014; Sargent-Cox et al., 2012), en la respuesta cardiovascular al estrés (Levy et al., 2008), en la memoria (Abrams et al., 2006; 2008; Lamont et al., 2015; Lee & Lee, 2018), en el estilo de

escritura (Levy, 2000), en el estado anímico y la percepción del envejecimiento (Barber & Tan, 2018), menores niveles de soledad (Coudin & Alexopoulos, 2010), etc.

Sin embargo, la modalidad más frecuente en la literatura a la hora de hacer frente al edadismo, sus creencias y actitudes, es la educación/información, y no es para menos, ya que el nivel educativo ha resultado ser la variable más ampliamente asociada a la discriminación por edad (Castellano, 2014; Freeman et al., 2016; Lasagni et al., 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014). El contacto intergeneracional directo, tanto solo como acompañado de intervenciones educativas, ha resultado ser también un tipo de intervención útil para confrontar el edadismo (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015).

#### 1.5.3.2. Estudios similares

La revisión de la literatura permite identificar gran variedad de trabajos que abarcan el edadismo desde un enfoque descriptivo y teórico, aun así, el número de estudios experimentales enfocados a combatir el edadismo, en especial su componente cognitivo y afectivo, son menos frecuentes, y estos han reportado resultados mixtos respecto a su eficacia, siendo esto, junto a su escasez, las principales limitaciones a la hora de diseñar y ejecutar intervenciones de esta índole (Levy, 2018; Lytle & Levy, 2019; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003).

El [Anexo 15](#), el cual posteriormente será de nuevo citado en la discusión del ESTUDIO III (ver el apartado 2.3.4.), expone varios de los trabajos que se asemejan al planteado en dicho estudio. Los artículos incluidos en ese anexo y en la revisión bibliográfica que nos ocupa, han sido seleccionados bajo los siguientes criterios de inclusión: intervenciones informativas (I) (1); sobre conocimientos del envejecimiento (Know) (2); con mediciones previas y a corto plazo (PRE/POST) (3); y de diseño cuantitativo (4). Respecto a los criterios opcionales, se consideraron también estudios que combinen la información con la exposición indirecta (visionado de videos) (*I + E*), exposición directa (contacto intergeneracional) (*I + EE*) u actividades creativas (simulaciones) (*C*) (1); que consideren un grupo control (2); y que incluyan una tercera medición a medio/largo plazo (FOLLOW-UP) (3). Varios de los artículos presentes en esta revisión, son citados previamente en las revisiones de Chonody (2015) y Burnes et al. (2019), siendo otros ajenos a ambos trabajos.

*1.5.3.2.1. Intervenciones informativas combinadas con exposición indirecta (I + E)*

Se pueden distinguir 2 tipos de intervenciones informativas sobre conocimiento del envejecimiento (Know) combinadas con exposición indirecta (*I + E*) según la técnica de exposición indirecta implementada: las que combinan la información (*I*) con la discusión grupal (*E*) (Lucchetti et al., 2017; Merz, Stark, Morrow-Howell, & Carpenter, 2018; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003), y las que hacen lo propio con el visionado de videos o películas (*E*) (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Braun, Roberts, Dubanoski, Lenzer, & Goodman, 1998). Esta segunda, es la modalidad seleccionada para el ESTUDIO III, y a la vez, la menos utilizada en la bibliografía.

- En su estudio, Lucchetti et al. (2017) elaboraron una intervención que disponía de 2 grupos experimentales, uno que participó en un curso denominado “*Experience Aging*” (*I + C*) y el otro “*Myths of Aging*” (*I + E*). Mientras que el primer grupo reportó una peor actitud hacia las personas mayores tras la intervención, el segundo grupo, el cual participó en un curso teórico y en una discusión grupal, vieron como su visión del envejecimiento mejoraba.
- Merz et al. (2018) llevaron a cabo otro estudio cuyos participantes del grupo experimental participaron en un curso sobre el envejecimiento y en una discusión grupal. Los sujetos mostraron mejores conocimientos sobre el envejecimiento y más actitudes positivas hacia el mismo después de participar en el estudio.
- Stuart-Hamilton & Mahoney (2003), por su parte, infundieron en un grupo de 139 adultos ( $m_{\text{edad}} = 42,92$ ) una serie de contenidos sobre el envejecimiento, participando después estos en una discusión en grupo. Los/as participantes de este estudio refirieron una mejor percepción del envejecimiento después de su participación, y tan solo en una única sesión de 2,5 horas.
- Entre las intervenciones informativas que incluían un visionado de videos, la que más se asimila al presente trabajo es el de Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis (2016). Estos autores infundieron contenidos del envejecimiento sobre una muestra de estudiantes, y posteriormente, estos participaron en un visionado de videos. Es destacable el uso del CENVE en esta intervención, viéndose el número de estereotipos negativos (Total,

Salud, Motivacional-Social y Carácter-Personalidad) mermado después de la intervención.

- El estudio restante que añadió un visionado de videos a un curso sobre el envejecimiento, en este caso online, fue el de Braun et al. (1998), los cuales incluyeron otro grupo experimental que participó únicamente en el curso anteriormente citado (sin videos) en una modalidad online y presencial. Los participantes del curso online con visualización de videos mostraron una mejora más pronunciada en comparación con los/as que participaron solamente en el curso online y/o presencial.

#### *1.5.3.2.2. Intervenciones informativas combinadas con exposición indirecta y directa (I + E + EE)*

Este es el caso de Mellor, McCabe, Rizzuto, & Gruner (2015). Dicho estudio incluyó una muestra a la cual se le infundieron contenidos sobre el envejecimiento, participaron en una discusión, y finalmente, interactuaron con personas mayores. Hubo un grupo control que no participó en las sesiones. Los participantes del primer grupo experimentaron una mejora en el conocimiento, actitudes y habilidades sociales en relación a las personas mayores, tanto en el POST como en el FOLLOW-UP.

#### *1.5.3.2.3. Intervenciones informativas (I)*

La información (I) por si sola ha resultado ser eficaz a la hora de mejorar la percepción del envejecimiento (Cummings, Cassie, Galambos, & Wilson, 2006; Olson, 2003; Sarabia & Castanedo, 2015). Una intervención destacable dentro de este grupo es la de Sarabia y Castanedo (2015), las cuales administraron el CENVE sobre un grupo de estudiantes de Enfermería después de que estos cursasen la asignatura “*Enfermería del Envejecimiento*”. Los resultados obtenidos después de la intervención fueron prometedores, ya que los/as participantes refirieron menos estereotipos negativos del envejecimiento (Total, Salud, Motivacional-Social y Carácter-Personalidad).

Sin embargo, otros estudios indican que las intervenciones que únicamente constan en sesiones informativas (I) son menos eficaces que las que combinan la información con otras técnicas. Cottle & Glover (2007) reportaron que la mejora en

conocimientos empujada por una unidad de envejecimiento tuvo un tamaño de efecto moderado, y que en el caso de las actitudes, el tamaño de efecto fue pequeño. Lytle y Levy (2019) compararon la eficacia de un curso de envejecimiento (*I*), el contacto intergeneracional (*EE*) y la combinación entre ambas (*I + EE*), concluyendo que los sujetos sometidos a la combinación entre información y contacto intergeneracional presentaron menos actitudes negativas en el FOLLOW-UP y un mayor conocimiento del envejecimiento en el POST y FOLLOW-UP. Además, el grupo que participó únicamente en el curso mostró más ansiedad ante el envejecimiento (AAS) que los de la intervención combinada (POST).

Burnes et al. (2019) fue más conciso al declarar en su meta-análisis que las intervenciones combinadas (*I + EE*) y de contacto intergeneracional (*EE*) fueron las que tuvieron un tamaño de efecto más grande tanto en el conocimiento (Know) como en las actitudes hacia las personas mayores (OA). Aun así, esto no resta valor a las intervenciones informativas y/o educativas (*I*), ya que otra revisión reportó que hasta el 83% de los estudios cuantitativos relativos al conocimiento del envejecimiento (Know) que incluían información lograban cambios positivos en la percepción del envejecimiento de los/as participantes (Chonody, 2015).

#### *1.5.3.2.4. Intervenciones informativas (I) combinadas con otras técnicas (I + C y I + C + EE)*

Otras combinaciones no tan estudiadas de las intervenciones basadas en la información (*I*) sobre el conocimiento del envejecimiento (Know) han sido con las actividades creativas (*C*), generalmente representadas por las simulaciones del envejecimiento.

Después de infundir contenidos sobre el envejecimiento y participar en una simulación del envejecimiento (*I + C*), los/as auxiliares de enfermería que formaron parte en la intervención reportaron una mejora significativa en el conocimiento (Know) y en las actitudes del envejecimiento (OA) (Yu & Chen, 2012). A pesar de los resultados del anterior estudio, otros trabajos que siguieron ese diseño (*I + C*) no reportaron mejoría en la visión del envejecimiento (Lucchetti et al., 2017; Pacala, Boulton, Bland, & O'Brien, 1995).

Otros autores/as incluyeron en la ecuación a la exposición directa (*I + C + EE*), concretamente el contacto intergeneracional, volvieron a registrar resultados

mixtos: mientras que Davis-Berman (1995) mejoraron la percepción del envejecimiento de una muestra de trabajadores sociales que participó en un curso sobre el envejecimiento, que interactuó con personas mayores y que realizó una simulación de los cambios físicos y la vida de las personas mayores, Intriери, Kelly, Brown, & Castilla (1993) no lograron cambios significativos en este epígrafe.

#### *1.5.3.2.5. Intervenciones en personas mayores*

Entre las intervenciones para hacer frente al edadismo en personas mayores, a pesar de ser escasas, pueden encontrarse ejemplos como los estudios de Abrams et al. (2008) y Herrera, Montorio, y Cabrera (2010). Estos trabajos presentan metodologías dispares en comparación a los analizados anteriormente, que en ese caso, han participado personas jóvenes, en su mayoría estudiantes universitarios o trabajadores del ámbito sociosanitario. Abrams et al. (2008) idearon una intervención de exposición indirecta (*E*) y exposición directa (*EE*) sobre la amenaza del estereotipo y su efecto en el rendimiento matemático de los mayores, concluyendo que la *E* mantenía estable el rendimiento matemático, y la *EE* aliviaba las consecuencias negativas de la amenaza del estereotipo. Herrera et al. (2010), a través de un programa de estimulación cognitiva, trataron de mejorar la percepción del envejecimiento de una muestra de mayores, logrando finalmente una reducción significativa de los estereotipos negativos del envejecimiento.

#### *1.5.3.2.6. Intervenciones informativas (I) con grupos control*

La inclusión de un grupo control en intervenciones informativas/educativas (*I*) elaboradas con el objetivo de mejorar el conocimiento del envejecimiento (*Know*) no es habitual en la bibliografía. Según Chonody (2015), de los 58 artículos incluidos en su revisión sistemática, solo 20,69% tuvieron en cuenta un grupo control. Dicha revisión consideró también intervenciones, que en ausencia de la temática de conocimiento (*Know*) y de la modalidad de información (*I*), trataron temas como actitudes hacia los mayores (*OA*), interés y competencias en Gerontología etc.

La revisión bibliográfica elaborada en el ESTUDIO III de esta Tesis Doctoral estipuló que el 68% de las investigaciones trabajaron con un grupo control, aunque en dicha revisión solo se incluyeran estudios que trataran una temática de conocimientos del envejecimiento y que utilizaran técnicas de

información, ya sean solas o combinadas. En cuanto a los grupos control de los estudios incluidos en nuestra revisión (ver [Anexo 15](#)), la mayoría de sus integrantes no participaron en una intervención en particular, o esta no fue especificada (Cummings et al., 2006; Intrieri et al., 1993; Kassab & Vance, 1999; Lu, Hoffman, Hosokawa, Gray, & Zweig, 2010; Lucchetti et al., 2017; Mellor et al., 2015; Merz et al., 2018; Olson, 2003; Pacala et al., 1995; Yu & Chen, 2012). Sin embargo, varios estudios concretaron la participación del grupo control en actividades distintas a las del grupo experimental, como son la asistencia a clases o asignaturas sin relación con la temática a tratar (edadismo/envejecimiento) (Angiullo, Whitbourne, & Powers, 1996; Beling, 2003; Davis-Berman, 1995; Lytle & Levy, 2019; Rose, 1984; Willard & Crandall, 2016). Un caso especial es el de Leung et al. (2012), cuyo grupo control fue citado a un programa online de envejecimiento, mientras que el grupo experimental se sometió a una unidad de envejecimiento combinada con contacto intergeneracional (*I + EE*).

#### *1.5.3.2.7. Resultados POST y FOLLOW-UP de las intervenciones educativas (I)*

Los resultados después de la intervención (POST) obtenidos por parte de los grupos control revisados fueron variados: mejora en las actitudes hacia el envejecimiento (Intrieri et al., 1993; Leung et al., 2012; Lu et al., 2010), ausencia de cambios en la percepción y/o actitudes hacia los mayores (Mellor et al., 2015; Merz et al., 2018) y peores actitudes (Willard & Crandall, 2016). En general, los grupos experimentales presentaron una mayor mejora de la visión del envejecimiento en el POST respecto a los grupos control, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos (Beling, 2003; Davis-Berman, 1995; Kassab & Vance, 1999; Lytle & Levy, 2019; Olson, 2003; Rose, 1984; Yu & Chen, 2012), aun así, hubo un pequeño número de trabajos que no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos (Lucchetti et al., 2017; Pacala et al., 1995).

Tal y como se ilustra en el [Anexo 15](#), el tiempo estipulado para la realización de los POST fue muy variable: inmediatamente después de terminar la intervención (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Kassab & Vance, 1999; Mellor et al., 2015; Velez-Ortiz et al., 2012), 1 semana después (Lytle & Levy, 2019; Pacala et al., 1995), 1 mes después (Angiullo et al., 1996; Leung et al., 2012; Olson, 2003), 3 meses después (Butler & Baghi, 2008; Sarabia & Castanedo, 2015), aunque la mayor parte de estudios optaron por POST semestrales (Beling,

2003; Braun et al., 1998; Cottle & Glover, 2007; Davis-Berman, 1995; Merz et al., 2018; Rose, 1984; Willard & Crandall, 2016) o al finalizar el curso académico (8 meses) (Cummings et al., 2006; Fabiano, Waldrop, Nochajski, Davis, & Goldberg, 2005; Lu et al., 2010; Lucchetti et al., 2017).

Respecto a los FOLLOW-UP, la información referente a estos fue más bien escasa, ya que en nuestra revisión solo 3 estudios hicieron esta tercera medición. Este hecho se repite en la literatura, donde la anteriormente citada Chonody (2015) indicó que solo el 3% de los estudios incluidos en su revisión sistemática implementaron un FOLLOW-UP. Angiullo et al. (1996) administró una tercera vez el FAQ sobre la muestra de alumnos de psicología con la que trabajo (FOLLOW-UP). Dicha medición fue 6 meses después de la primera (PRE). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el POST (1 mes después del PRE) y el FOLLOW-UP, por lo que los/as autores/as concluyeron que la mejora en la percepción del envejecimiento se mantiene medio/largo plazo. Lytle & Levy (2019) reportaron que los/as participantes que participaron en curso del envejecimiento combinado con el contacto intergeneracional (*I + EE*), refirieron una visión del envejecimiento más positiva tanto en el POST como en el FOLLOW-UP (2 semanas después del PRE), repitiéndose de nuevo el mantenimiento de la mejora de resultados en el tiempo (no diferencias significativas entre el PRE y el FOLLOW-UP). El resultado de los 2 anteriores estudios se repitió en el trabajo de Mellor et al. (2015), pero en este caso con un FOLLOW-UP después de 6 meses del PRE y combinando la infusión de contenidos del envejecimiento con una discusión grupal y contacto intergeneracional (*I + E + EE*).

Hubo otras intervenciones que incluyeron un FOLLOW-UP pero que no fueron incluidas en el [Anexo 15](#) por no cumplir los criterios de inclusión de la revisión bibliográfica. Basran et al. (2012) y Hwang, Wang y Lin (2013) ejecutaron una intervención sobre OAs infundiéndolos contenidos sobre el envejecimiento y una unidad sobre el proceso de envejecer respectivamente, acompañada de una exposición directa frente a personas mayores (*I + EE*). Tanto el FOLLOW-UP al de 1 año del primer estudio, como el del segundo (a los 16 meses) no mostraron diferencias estadísticamente significativas con los POST. Según Rawan & Bowen (2001), solo los grupos que tuvieron un refuerzo de la información mediante discusión (*I + D*) mantuvieron las actitudes positivas vistas en el POST, sin embargo, el grupo control (*I*) volvió a la puntuación PRE en el FOLLOW-UP (1 mes). Este fenómeno alude a la teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, L.,

1957), la cual explica que “el refuerzo es indispensable para mantener dichas actitudes positivas en el tiempo”. Un refuerzo de la intervención a lo largo del tiempo sería un factor a tener en cuenta en futuros trabajos, ya que de esta forma se podría mantener el efecto de las intervenciones informativas/educativas para así garantizar una visión del envejecimiento más positiva y realista a largo plazo, y por lo tanto, contribuir de manera positiva a la calidad de vida y bienestar de las personas mayores.

## **2. PARTE EMPÍRICA**



## **2.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **2.1.1. Objetivos**

El planteamiento esta Tesis Doctoral pasa por la elaboración de 2 objetivos generales que a su vez, para garantizar su cumplimentación se dividirán en 7 objetivos específicos. A continuación se enumeran todos los objetivos del presente escrito:

1. Analizar la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y distintas variables multidimensionales (físicas, psicológicas y sociales) en 2 muestras de personas mayores procedentes de 2 contextos sociales distintos, unas que viven en distintos centros sociosanitarios (ESTUDIO I) y otros que residen en sus hogares (ESTUDIO II).
  - 1.1. Determinar la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y variables sociodemográficas.
  - 1.2. Estudiar la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y la dimensión física y funcional; la autonomía respecto a AIVD, la fuerza de ambas manos, la condición física de extremidades inferiores (EEII) y la fragilidad.
  - 1.3. Examinar la relación de estereotipos negativos del envejecimiento y la dimensión psicoafectiva (ansiedad y depresión) y la calidad de vida.
  - 1.4. Definir la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y la dimensión social (soledad).
  - 1.5. Elaborar 3 modelos (muestra total, hombres y mujeres) que expliquen la percepción del envejecimiento que presenta la muestra de personas mayores.
2. Diseñar y aplicar una sesión educativa para desmentir estereotipos negativos del envejecimiento en una muestra de personas mayores que viven en sus hogares, comparando los resultados entre un grupo experimental y un grupo control a corto / medio plazo (ESTUDIO III).
  - 2.1. Analizar cambios en la percepción del envejecimiento en relación a los estereotipos negativos de la vejez 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después (POST) y 1 mes después (FOLLOW-UP).
  - 2.2. Comparar los resultados obtenidos entre el grupo experimental y el grupo control.

### **2.1.2. Hipótesis**

Teniendo en cuenta los 2 objetivos generales previamente establecidos, esta Tesis Doctoral ha sido planteada en torno a estas 2 hipótesis generales:

**H1.** Según la primera hipótesis, se esperaría encontrar una relación estadísticamente significativa entre los estereotipos negativos del envejecimiento y las variables multidimensionales (físicas, psicológicas y sociales) seleccionadas para este trabajo, siendo estas asociaciones distintas según el lugar de residencia (centros sociosanitarios o su hogar) y el sexo (hombres y mujeres) de los/as participantes (ESTUDIOS I & II).

**H2.** Según la segunda hipótesis, se esperaría que el grupo experimental presente una mejora más pronunciada y estable a corto/medio plazo en su percepción del envejecimiento que el grupo control (ESTUDIO III).

**2.2. ESTUDIO I:** Análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y distintas variables multidimensionales en personas mayores que viven en centros sociosanitarios.

### **2.2.1. Material y métodos**

#### 2.2.1.1. Diseño

El presente estudio es un estudio descriptivo de corte transversal que analiza la relación de estereotipos negativos del envejecimiento con distintas variables multidimensionales numéricas y categóricas (físicas, psicológicas y sociales) en una muestra de personas mayores que residen en distintos centros sociosanitarios distribuidos por Bizkaia. Posteriormente, mediante el modelo lineal generalizado, se elaboraron distintos modelos que explicasen dichos estereotipos, ya sea en la muestra total como en hombres y mujeres.

#### 2.2.1.2. Muestra

De un total de 969 personas mayores institucionalizadas que residían en 7 centros sociosanitarios distribuidos por distintas localidades de Bizkaia, únicamente 167 (17,23%) cumplieron los criterios de inclusión y exclusión seleccionados para este estudio. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: tener 60 años o más, no padecer deterioro cognitivo ( $MEC > 23$  o  $MMSE \geq 20$ ) o deterioro funcional severo ( $Barthel \geq 50$ ) y llevar institucionalizados por lo menos 6 meses en la entidad. Respecto a los criterios de exclusión, estos constaron en padecer esquizofrenia, psicosis no esquizofrénicas u otros trastornos psiquiátricos con sintomatología delirante. La muestra final se compuso de 126 personas institucionalizadas de 60 años o más ( $M_{edad} = 83,75$ ,  $SD_{edad} = 9,16$ , rango de edad = 60-99), siendo el 61,9% mujeres ( $n = 78$ ) y significando esto un índice de participación del 13%.

#### 2.2.1.3. Material

##### 2.2.1.3.1. *Estereotipos negativos del envejecimiento*

**Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE):** Cuestionario elaborado por Sánchez (2004). Evalúa la dimensión cognitiva del pensamiento edadista, es decir, la percepción y los estereotipos del envejecimiento. Está formado por 15 ítems, 13 de ellos provenientes del cuestionario de

estereotipos hacia la vejez (Montorio & Izal, 1991) y los 2 que restan del FAQMH (Palmore, 1988). A su vez, estos ítems se organizan en 3 factores: Factor I: Salud, Factor II: Motivacional-Social y Factor 3: Carácter-Personalidad. Es la herramienta más utilizada en poblaciones hispano-hablantes, presentando propiedades psicométricas adecuadas (Sánchez et al., 2009a). La respuesta es de tipo Likert de 1-4 de acuerdo al nivel de conformidad con cada estereotipo y pudiendo lograr una puntuación máxima de 60, 20 por cada factor. A más puntuación, mayor número de estereotipos referirá el sujeto.

Actualmente no hay consenso sobre el establecimiento de un cuestionario de referencia (Ayalon et al., 2019; Wilson et al., 2019; Klusmann et al., 2020). Para este trabajo, la herramienta seleccionada para la evaluación del edadismo en los ESTUDIOS I, II y III ha sido el CENVE. Para justificar dicha elección, a continuación se enumeran los siguientes criterios:

- En poblaciones hispanohablantes, además de ser la herramienta más utilizada en este ámbito, presenta propiedades psicométricas adecuadas (Aristizábal-Vallejo et al., 2009; Blanca et al., 2005; Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Lasagni et al., 2013; León et al., 2015; Menéndez et al., 2016; Nunes et al., 2018; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014; Sarabia & Castanedo, 2015). En España, además, es el instrumento más utilizado para valorar el edadismo (Rosell et al., 2020).
- Cabe destacar que las herramientas de mayor uso a nivel internacional han sido las que evalúan únicamente la dimensión cognitiva del edadismo. En su revisión sistemática, Ayalon et al. (2019) declaró que los estudios que emplearon cuestionarios únicamente de estereotipos (50), fueron más numerosos que los que analizaron solo los prejuicios (15), estereotipos + prejuicios (22) y estereotipos + prejuicios + comportamientos (30).
- Este trabajo incluye un gran número de variables independientes de índole multidimensional, por lo que, para simplificar la recogida de datos, vista la simplicidad y brevedad de la escala, y teniendo en cuenta las citas de Montoro (1998) y Malagón et al. (2001), que indicaban que los prejuicios (dimensión cognitiva) y los comportamientos (dimensión conductual) discriminatorios provienen de los estereotipos y creencias (dimensión cognitiva), se ha optado únicamente por evaluar estereotipos

del envejecimiento, concretamente los negativos, ya que estos predominan sobre los positivos (Aristizábal-Vallejo et al., 2009; Butler, 1975; Kite & Johnson, 1988; Kite et al., 2005; Palmore, 1977; 1980).

- Si bien el FAQ, que incluye únicamente la dimensión cognitiva del edadismo, es el cuestionario más ampliamente difundido en la actualidad (Ayalon et al., 2019), su validación en la población española no ha sido del todo halagüeña (Villar & Triado, 2000), ya que, tal y como sucede con la versión original (Palmore, 1977), esta herramienta presenta propiedades psicométricas cuestionables, especialmente su fiabilidad total y su validez.

#### 2.2.1.3.2. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que se obtuvieron a través de la base de datos de los centros sociosanitarios fueron las siguientes: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, participación en actividades ofertadas por el centro sociosanitario y número de actividades, tiempo institucionalizado/a, número de fármacos, número de enfermedades crónicas y datos antropométricos (altura, peso e IMC). El resto de las variables sociodemográficas se obtuvieron a través de la entrevista: nivel de educación, pensión de jubilación, profesión ejercida previamente, edad de jubilación, número de hijos y nietos, religiosidad y práctica de religiosidad.

#### 2.2.1.3.3. Autonomía, estado funcional y fragilidad

**Índice de Barthel Modificado (Shah):** Esta escala fue seleccionada para evaluar la autonomía en las ABVD. Se compone de 10 actividades (baño, vestido, aseo, ir al retrete, deambulación, traslado sillón-cama, escaleras, micción, deposición y alimentación) y una puntuación total máxima de 100, con la excepción de que en esta versión cada actividad se desglosa en 5 categorías distintas (Shah, Vanclay, & Cooper, 1989). Al establecerse como un criterio de inclusión de este estudio, las personas tendrán que obtener una puntuación de  $\geq 50$  puntos para poder participar en el estudio.

**Índice de Lawton & Brody:** Herramienta destinada a evaluar la autonomía en las AIVD. Se compone de 8 actividades entre las que podemos

encontrar: teléfono, compras, cocina, cuidado del hogar, lavado de ropa, transporte, medicamentos y administración del dinero. Se puede obtener una puntuación total máxima de 8 puntos. Puntuaciones más elevadas reflejan una mayor autonomía en estas actividades. Las categorías establecidas para este instrumento son las siguientes: dependencia total (0-1), dependencia severa (2-3), dependencia moderada (4-5), dependencia ligera (6-7) y autónomo/a (8) (Lawton & Brody, 1969). Este instrumento es uno de los más utilizados entre los de su finalidad tanto en el ámbito nacional como internacional (Trigás-Ferrín, Ferreira-González, & Mejjide-Míguez, 2011).

**Dinamometría Manual:** Mediante la aplicación de un dinamómetro manual se evalúa la fuerza de presión de ambas manos en 2 intentos distintos (Mathiowetz et al., 1985). Será seleccionada la mejor cifra (kg) obtenida en cada mano. Los valores de referencia vienen determinados según sexo, edad y mano con la que se realiza, tal y como refieren distintos autores (Mateo, Penacho, Berisa, & Plaza, 2008). La dinamometría manual, y por ende la fuerza de agarre, han resultado ser de gran utilidad para predecir tanto la mortalidad a 15-20 años (Bohannon, 2001; Sasaki, Kasagi, Yamada, & Fujita, 2007), el deterioro funcional (Bohannon, 2001; Jakobsen, Rask, & Kondrup, 2010) y la calidad de vida de las personas con el paso del tiempo (Rantanen et al., 1999).

**Short Physical Performance Battery (SPPB):** Instrumento de evaluación estandarizado para el estudio de la condición física de las personas mayores y con capacidad de estimar la función de las EEII. Aplicado tanto a nivel internacional como nacional (Cabrero-García et al., 2012), el SPPB cuenta con 3 pruebas: equilibrio, marcha y levantarse y sentarse en una silla.

En la prueba del equilibrio se coloca de pie al paciente y se le pide que mantenga durante 10 segundos las siguientes posiciones: con los pies juntos, en semi tándem (uno ligeramente adelantado) y tándem (un pie delante de otro). El entrevistador permanecerá junto al sujeto para evitar caídas. La prueba sentarse y levantarse consta en que el sujeto se levante de la silla 5 veces consecutivas con los brazos cruzados y sin apoyarse en el respaldo de la silla, siendo supervisado en todo momento por el entrevistador por si surge alguna dificultad; se calcula el tiempo que la persona tarda en hacer la prueba. Por último, en la prueba de la marcha, el sujeto deberá caminar una distancia de 4 metros (calculados y marcados previamente con un metro y cinta adhesiva), siendo acompañado en todo momento por el entrevistador para evitar percances; el sujeto contará con 2 intentos. El

entrevistador posteriormente calculará el tiempo medio y la velocidad de la marcha (m/s).

La suma de las 3 pruebas permite obtener una puntuación máxima total de 12 puntos. De acuerdo con la puntuación obtenida, las categorías de puntuación establecidas son las siguientes: limitación severa (0-3), limitación moderada (4-6), limitación leve (7-9) y limitación mínima (10-12) (Guralnik et al., 1994).

**Indicador de Fragilidad de Tilburg:** Herramienta seleccionada para la evaluación de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona según la fragilidad referida. Consta de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No), siendo la máxima puntuación obtenible de 15 puntos. Las puntuaciones superiores a 5 denotan fragilidad (Gobbens et al., 2010). Presenta buenas propiedades psicométricas para la evaluación de este epígrafe en personas mayores residentes en España (Checa, 2017).

#### 2.2.1.3.4. Estado cognitivo/psicoafectivo y calidad de vida

**Mini-Mental State Examination (MMSE):** Instrumento elaborado por Folstein et al. (1975) y utilizado ampliamente como screening de demencias/deterioro cognitivo moderado. La puntuación máxima obtenible en el test es de 30 puntos. Sus ítems están agrupados en 5 apartados que miden: orientación temporal, orientación espacial, fijación, concentración, memoria y lenguaje. Esta herramienta solo fue administrada en la muestra residente en los centros sociosanitarios de IMQ Igurco como criterio de inclusión (puntuación  $\geq$  20 para participar en el estudio).

**Mini-Examen Cognoscitivo (MEC):** Cuestionario utilizado para la valoración del estado cognitivo y como criterio de inclusión para el mismo. Este test es la versión adaptada al castellano por Lobo et al. (1979) del MMSE. La versión empleada en este trabajo ha sido la de 35 puntos. Los ítems están distribuidos en 5 apartados que evalúan distintos aspectos de la cognición (orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción). Ha sido validado en la población geriátrica española (Lobo et al., 1999). En el caso de obtener una puntuación menor de 24 el sujeto no podrá tomar parte en el estudio. Esta herramienta de cribado fue administrada en la muestra residente en el C. G. Aspaldiko.

Tanto el MEC y como el MMSE han sido ampliamente utilizados en la población de personas mayores a nivel estatal (Flores-Ruano et al., 2014) y su utilización en este estudio viene dada por la protocolización de los mismos en los centros sociosanitarios. Respecto a la equivalencia entre puntos de corte del MEC y el MMSE, según Vinyoles et al. (2002), un MEC > 23 equivaldría a un MMSE de 20 puntos, por lo que este fue el punto de corte seleccionado como criterio de inclusión de la esfera cognitiva.

**Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG):** Cuestionario distribuido en 2 subescalas, una de ansiedad y la otra de depresión, ambas con 4 ítems y 5 a posteriori si se responde afirmativo en 2 o más en la subescala de la ansiedad y 1 o más en la de depresión. Respuesta dicotómica (Sí/No). Esta escala ha sido empleada en este estudio como cribado de ambas patologías. Utilizada ampliamente a nivel nacional, el punto de corte es de  $\geq 4$  puntos en la subescala de ansiedad y de  $\geq 2$  puntos en la subescala de depresión (Montón, Pérez-Echeverría, Campos, García-Campayo, & Lobo, 1993).

**Láminas COOP/WONCA:** Cuestionario que se utiliza para medir la calidad de vida referida por los participantes del estudio. Se compone de una serie de viñetas sobre el estado de salud (2 últimas semanas) que responden a 9 preguntas, abarcando múltiples aspectos y dimensiones de la persona: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. Las puntuaciones más elevadas reflejan una peor percepción en cada apartado (Van Weel, 1993). La validez y fiabilidad de esta prueba han sido comprobadas en la población geriátrica española (Lizan & Reig, 2002).

#### 2.2.1.3.5. Variables sociales

**Escala de Soledad de de Jong Gierveld:** Cuestionario que ha sido validado en personas mayores en el ámbito nacional (Buz & Prieto, 2012), consta de 11 ítems con 3 respuestas posibles (Sí/No/más o menos). Las puntuaciones oscilan entre 0 (ausencia de soledad) y 11 (soledad extrema). Sus autores la definen como una escala unidimensional que considera la soledad únicamente en su dimensión cognitiva (de Jong-Gierveld & Kamphuls, 1985), mientras que otros autores indican que es multidimensional, es decir, mide tanto la soledad emocional como la social (Van Baarsen, Snijders, Smit, & Knipscheer, 1999).

#### 2.2.1.4. Procedimiento

##### 2.2.1.4.1. *Aspectos éticos*

El proyecto (M10\_2017\_165), en el que se sitúa este estudio, recibió el informe favorable por parte del Comité de Ética para las Investigaciones relacionadas con Seres Humanos (CEISH) de la UPV/EHU en su acta 92/2017 el 21 de septiembre del 2017. Este proyecto contenía toda la metodología base del estudio, con la excepción de que en él solo se incluía a la muestra del C. G. Aspaldiko.

Para ampliar la muestra, y por tanto, incluir a la ya mencionada muestra de IMQ Igorco, dicho proyecto se modificó, obteniendo la nomenclatura de M10/2018/102MR1, cuyo informe favorable fue emitido en el acta 102/2018 con fecha 19 de julio del 2018.

El proyecto en el que se recoge este estudio actualmente posee la nomenclatura M10/2019/095, obteniendo el visto favorable en el acta 110/2019 a 21 de marzo del 2019.

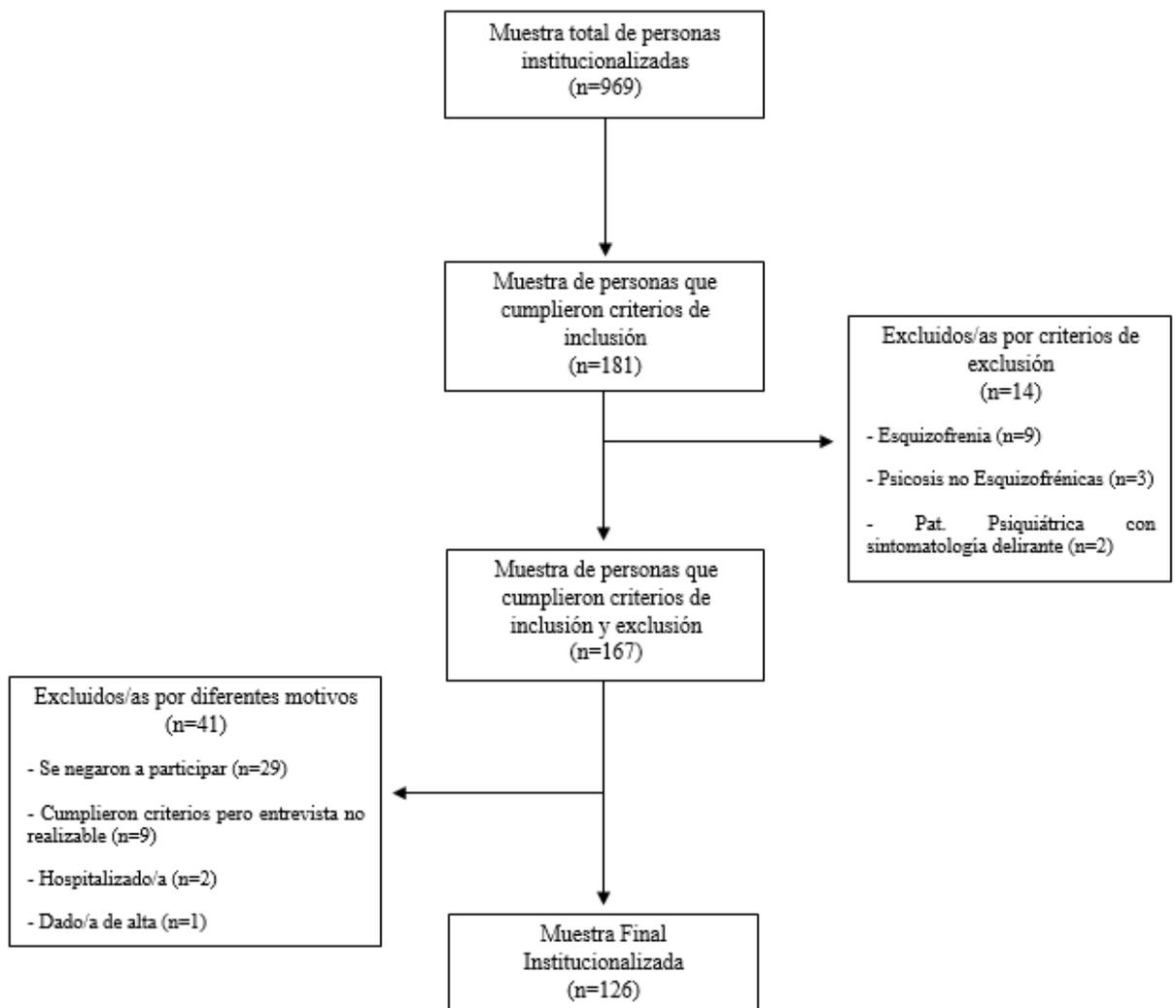
##### 2.2.1.4.2. *Procedencia de la muestra*

La muestra de este estudio proviene de distintos lugares, todos ellos en Bizkaia. Para empezar, uno de los grupos muestrales ( $n = 32$ ) residía en el C. G. Aspaldiko, centro sociosanitario ubicado en Portugalete (Bizkaia). El resto de la muestra ( $n = 94$ ), se encontraba institucionalizada en distintos centros sociosanitarios de la red sociosanitaria de IMQ Igorco. Dichos centros sociosanitarios fueron los siguientes: Igorco Orue (Amorebieta,  $n = 17$ ), Igorco Unbe (Erandio,  $n = 16$ ), Igorco Bilbozar (Bilbao,  $n = 16$ ), Igorco Azkuna (Amorebieta,  $n = 12$ ), Igorco Forua (Gernika,  $n = 7$ ) e Igorco Zorrozoiti (Bilbao,  $n = 26$ ).

##### 2.2.1.4.3. *Fase de reclutamiento*

Una vez recibida la aprobación del CEISH, se prosiguió con la fase de reclutamiento en el C. G. Aspaldiko, centro sociosanitario ubicado en Portugalete, Bizkaia. Esta fase fue llevada a cabo por el autor del presente proyecto de investigación y el personal de dicho centro sociosanitario. Se revisó el

cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión a través de la aplicación de gestión utilizada por la institución: ResiPlus®. También se recogieron diversas variables sociodemográficas a través de esta aplicación. Una vez seleccionados los potenciales participantes, se procedió a contactar con los mismos en sus habitaciones. Tras explicar la naturaleza del estudio y solicitar la colaboración del sujeto, en el caso de aceptar, las personas mayores firmaron el correspondiente consentimiento informado (CI) (ver Anexo 16) y fueron citados a 2 sesiones de entrevistas individuales de unos 30 minutos de duración cada una y en distintos días para evitar cansancio o falta de atención de las personas mayores. Su propia habitación fue el entorno seleccionado para realizar la entrevista, siempre respetando la privacidad de los mismos. En la Figura 35 se ilustra en diagrama de flujo final de la muestra institucionalizada de este estudio.



**Figura 35.** Diagrama de flujo final de la muestra institucionalizada.

Para la fase de reclutamiento en los centros sociosanitarios de IMQ Igurco, el entrevistador y autor del presente estudio acudió personalmente a todos los

centros sociosanitarios en siguiente orden de asistencia: Igurco Orue → Igurco Unbe → Igurco Bilbozar → Igurco Azkuna → Igurco Forua → Igurco Zorrozoiti. En esta ocasión, los criterios de inclusión y exclusión fueron revisados a través de la aplicación de gestión Sigeca, la cual estaba operativa en todos los centros sociosanitarios de la red IMQ Igurco. Al igual que en el C. G. Aspaldiko, el reclutamiento fue realizado por el autor de este estudio y personal de la institución, siendo los potenciales participantes consultados en su propia habitación sobre su participación en el estudio. En el caso de aceptar, las personas mayores volvieron a firmar el correspondiente CI (ver [Anexo 17](#)) y fueron citados posteriormente a las 2 sesiones de entrevistas, de nuevo de una duración estimada de 30 minutos cada una.

#### 2.2.1.4.4. Fase de entrevistas

Finalizada la fase de reclutamiento, se dio comienzo a la fase de entrevistas. El entrevistador fue el mismo autor de este estudio y siguió un protocolo de entrevistas previamente establecido (ver [Anexo 18](#)). En el caso de la fase de entrevistas del C. G. Aspaldiko, el equipo de investigación diseñó un pilotaje (n = 15) y se reunió después de las 15 primeras entrevistas para evaluar si el protocolo de entrevistas se ceñía a la duración establecida (30 minutos) y que dicha duración no influía a la calidad de las mismas. Las medias de tiempo registradas en el pilotaje fueron las siguientes: 22,36 minutos (1ª entrevista), 30,13 minutos (2ª entrevista) y 52,50 minutos (total). Al resultar el protocolo válido, se prosiguió con las entrevistas restantes.

En cuanto a la fase de entrevistas de IMQ Igurco, cabe destacar que el protocolo de entrevistas fue idéntico al empleado en la muestra de C. G. Aspaldiko, con la particularidad, que en este caso, en la primera sesión de entrevistas, en vez de administrarse el MEC (Lobo et al., 1979) como criterio de inclusión, se hizo lo propio con el MMSE (Folstein et al., 1975). Esta herramienta se ilustra en el [Anexo 19](#) de este documento. El entrevistador fue de nuevo el autor de este proyecto de investigación. Cada sesión de entrevistas se compuso de los siguientes contenidos:

- **Sesión 1** → Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) / Mini-Mental State Examination (MMSE) + Índice de Barthel Modificado (Shah) + Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) +

Variables Sociodemográficas + Dinamometría Manual + Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).

- **Sesión 2** → Índice de Lawton & Brody + Short Physical Performance Battery (SPPB) + Indicador de Fragilidad de Tilburg + Láminas COOP/WOONCA + Escala de Soledad de de Jong Gierveld.

#### 2.2.1.4.5. Análisis estadístico de los datos

La identificación de los factores asociados a la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez se realizó a partir de modelos en los cuales relacionan diversas variables multidimensionales (físicas, psicológicas y sociales) con la puntuación en el cuestionario CENVE. Así, con objeto de detectar aquellos coeficientes de correlación con una magnitud de aproximadamente 0,23, aceptando un riesgo alfa de 0,1 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, el resultado fue de 116 participantes.

La variable dependiente del estudio fue la puntuación obtenida del CENVE. La normalidad de las variables cuantitativas se analizó mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Para analizar la relación entre variables cuantitativas, se utilizaron correlaciones bivariadas: R de Pearson para variables paramétricas y Rho de Spearman para variables no paramétricas. Las variables categóricas se compararon por T de Student o ANOVA, según el número de categorías en el caso de ser paramétricas. En el caso de ser no paramétricas, las pruebas estadísticas utilizadas fueron U de Mann Whitney en el caso de las dicotómicas y Kruskal-Wallis en el caso de las de más de 2 categorías. Se aplicó la prueba post-hoc DMS para comparar las diferencias 2 x 2. Se realizaron modelos lineales generalizados para evaluar la asociación entre la puntuación CENVE (variable dependiente) y las variables previamente asociadas en el análisis bivariado como variables independientes ( $p < 0,1$ ). Las variables categóricas fueron codificadas y las continuas se incluyeron como covariables. La herramienta de análisis estadístico utilizada en este estudio ha sido la versión 24 de IBM SPSS Statistics.

## 2.2.2. Resultados

### 2.2.2.1. Análisis descriptivo de la muestra

Las características sociodemográficas de la muestra final (N = 126) es descrita en la [Tabla 1](#). La media de edad de los participantes del estudio fue de 83,75 años (SD = 9,16), de los cuales el 38,1% fueron hombres (n = 48) y el 61,9% mujeres (n = 78).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra según el sexo.**

	Total (N= 126)		Hombres (N= 48)		Mujeres (N= 78)		p
	M (%)	SD	M (%)	SD	M (%)	SD	
Edad (años)	82,2	10	80,1	10,4	85,9	8,23	0,001
Estado civil	Soltero/a	19,0%	27,10%		14,10%		<0,001
	Casado/a	15,90%	33,30%		5,10%		
	Separado/a	7,10%	14,60%		2,60%		
	Viudo/a	57,90%	25,0%		78,20%		
Nivel educativo	Sin Estudios	26,20%	25,0%		26,90%		0,947
	Estudios Primarios	53,20%	52,10%		53,80%		
	Estudios Secundarios	14,30%	16,70%		12,80%		
	Estudios Superiores	6,30%	6,30%		6,40%		
Pensión de jubilación	< 847,52 €	59,50%	20,80%		83,30%		<0,001
	847,52 – 966,75 €	7,10%	18,80%		-		
	> 966,75 €	19,0%	37,50%		7,70%		
	Sin conocimiento	14,30%	22,90%		9,0%		
Profesión	Agricultura	15,10%	20,80%		11,50%		<0,001
	Industria	26,20%	50,0%		11,50%		
	Servicios	34,90%	29,20%		38,50%		
	Ama de casa	23,80%	-		38,50%		
Edad de jubilación	61,5	5,49	61,3	5,19	61,9	6,06	0,171
Nº hijos	1,55	1,5	1,53	1,52	1,59	1,5	0,367
Nº nietos	2,2	2,39	1,89	2,28	2,74	2,54	0,043
Lugar de nacimiento	CAPV	56,30%	43,80%		64,10%		0,025
	Fuera de CAPV	43,70%	56,30%		35,90%		
Actividades <sup>a</sup>	Sí	90,50%	87,50%		92,30%		0,372
	No	9,50%	12,50%		7,70%		
Nº actividades	3,09	1,67	2,62	1,54	3,63	1,67	0,033
Tiempo institucionalizado/a (años)	2,82	3,21	3,17	3,45	2,22	2,69	0,419
Religiosidad	Si	59,50%	35,40%		74,40%		<0,001
	No	40,50%	64,60%		25,60%		

**Tabla 1** (Continuación)

Frecuencia de práctica Religiosa	Nunca	40,50%	64,60%	25,60%	<0,001			
	1 vez /semana	43,70%	27,10%	53,80%				
	2-3 veces/semana	15,90%	8,30%	20,50%				
Nº fármacos		9,59	3,47	9,49	3,46	9,78	3,56	0,316
Nº enfermedades crónicas		7,62	3,23	7,11	3,34	8,52	2,85	0,707
Altura (m)		1,61	0,1	1,64	0,1	1,56	0,08	<0,001
Peso (kg)		72,3	16,2	77,5	15,1	63,4	14,3	<0,001
IMC		27,7	5,5	28,7	5,58	26	4,97	0,196
Cuidador/a de algún familiar	Si	54,80%	45,80%	60,30%	0,114			
	No	45,20%	54,20%	39,70%				
Tiempo como Cuidador/a (años)		3,43	6,26	2,34	3,6	5,33	9,02	0,117
Patología psiquiátrica/neurológica	Sí	66,70%	62,50%	69,20%	0,436			
	No	33,30%	37,50%	30,80%				

Nota. Nº = Número; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco; IMC = Índice de masa corporal.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociosanitarios. Varios ejemplos son la psicoestimulación, participación social, rehabilitación y actividades recreativas.

En cuanto a la diferencia entre sexos ( $p < 0,05$ ), las mujeres eran más mayores que los hombres. El 75% de las mujeres eran viudas mientras que en el caso de los hombres únicamente el 25% de ellos eran viudos. La mayoría de mujeres se situaron en la categoría económica más vulnerable (83,3%). En el caso de los hombres, un 37,5% de los mismos se encontraban en la categoría económica más elevada. El 50% de los hombres trabajaron en la industria. En las mujeres, sin embargo, la frecuencia de las profesiones que habían ejercido era más variada: la mayoría trabajó en el sector de servicios (38,5%) o como ama de casa (38,5%). Las mujeres tenían de media más nietos/as que los hombres. El 64,1% de las mujeres habían nacido en la CAPV, mientras que en hombres, el mismo porcentaje era del 56,3%. Tomando en consideración el número de actividades ofertadas por los centros sociosanitarios en las que participaron las personas mayores del estudio, las mujeres ( $M_{\text{actividades}} = 3,33$ ,  $SD_{\text{actividades}} = 1,67$ ) participaron de media en más actividades que los hombres ( $M_{\text{actividades}} = 2,69$ ,  $SD_{\text{actividades}} = 1,60$ ). Mientras que el 74,4% de las mujeres referían ser religiosas, solamente el 35,4% de los hombres afirmaban serlo. Este mismo fenómeno sucedió con la frecuencia de práctica religiosa: el 64,6% de los hombres no eran practicantes, en las mujeres, ese porcentaje descendía hasta el 25,6%. Tal y como era de esperar, los hombres ( $M_{\text{altura}} = 1,64$ ,  $SD_{\text{altura}} = 0,09$ ;  $M_{\text{peso}} = 77,34$ ,  $SD_{\text{peso}} = 14,98$ ) registraron una mayor altura y peso que las mujeres ( $M_{\text{altura}} = 1,55$ ,  $SD_{\text{altura}} = 0,08$ ;  $M_{\text{peso}} = 65,63$ ,  $SD_{\text{peso}} = 13,30$ ).

Los participantes de este estudio reportaron una puntuación del CENVE de 39,32 (SD = 6,58). Al considerar la estructura factorial del CENVE, la muestra total logro las siguientes puntuaciones: 12,79 (SD = 2,68) para el Factor I: Salud, 13,23 (SD = 2,60) para el Factor II: Motivacional-Social y 13,29 (SD = 2,85) para el Factor III: Carácter-Personalidad. La puntuación obtenida del CENVE se asoció significativamente con la variable sexo, siendo los hombres ( $p = 0,018$ ) los que reportaron un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento.

Prosiguiendo con la diferencia entre sexos del resto de las pruebas y cuestionarios realizadas por la muestra, los hombres registraron una mayor autonomía en las ABVD ( $p = 0,015$ ), más fuerza en ambas manos ( $p < 0,001$ ), puntuaciones más elevadas en el SPPB ( $p = 0,018$ ), y por tanto una mejor condición física de las EEII, un mayor equilibrio ( $p = 0,001$ ) y velocidad de la marcha ( $p = 0,028$ ), menos fragilidad psicológica ( $p = 0,021$ ), menos deterioro cognitivo de acuerdo con el MMSE ( $p = 0,040$ ) y una mejor calidad de vida ( $p = 0,003$ ) que las mujeres. Considerando la categorización del SPPB, un mayor porcentaje de mujeres se situó en la categoría de limitación severa (39,7%) que hombres (18,8%) (ver [Tabla 2](#)).

**Tabla 2. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en las escalas y cuestionarios utilizados para evaluar la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento y variables clínicas, físicas, psicológicas y sociales según el sexo.**

	Total (N=126)		Hombres (N=48)		Mujeres (N=78)		<i>p</i>
	M (%)	SD	M (%)	SD	M (%)	SD	
<b>Estereotipos del envejecimiento</b>							
CENVE	39,32	6,58	41,08	6,61	38,23	6,37	0,018
Factor I: Salud	12,79	2,68	13,38	2,4	12,44	2,79	0,023
Factor II: Motivacional-Social	13,23	2,6	13,58	2,57	13,01	2,56	0,198
Factor III: Carácter-Personalidad	13,29	2,85	14,13	2,72	12,78	2,88	0,008
<b>Autonomía, funcionalidad y fragilidad</b>							
Barthel	81,49	15,15	85,13	15	79,26	14,9	0,015
Lawton & Brody	2,81	1,86	3	1,83	2,69	1,88	0,283
Categorías Lawton & Brody							0,545
Dependencia total (0-1)		30,20%		25,0%		33,30%	
Dependencia severa (2-3)		34,90%		33,30%		35,90%	
Dependencia moderada (4-5)		24,60%		31,30%		20,50%	
Dependencia leve (6-7)		10,30%		10,40%		10,30%	
Autónomo/a (8)							
Dinamometría Manual (mano derecha)	17,23	7,91	23	9,08	13,68	4,21	<0,001
Dinamometría Manual (mano izquierda)	16,18	7,51	21,79	8,36	12,73	4,16	<0,001

**Tabla 2** (Continuación)

SPPB	5,03	3,01	5,92	2,89	4,49	2,97	0,018
Equilibrio	2,17	1,19	2,65	1	1,88	1,22	0,001
Velocidad de la Marcha (m/s)	0,93	0,54	1,08	0,52	0,83	0,54	0,028
Silla (s)	17,76	7,02	17,46	7,25	17,96	6,94	0,377
Categorías SPPB							0,024
Limitación severa (0-3)	31,70%		18,80%		39,70%		
Limitación moderada (4-6)	38,90%		45,80%		34,60%		
Limitación leve (7-9)	21,40%		21,0%		21,80%		
Limitación mínima (10-12)	7,90%		14,60%		3,80%		
Tilburg	6,21	3,03	5,56	2,79	6,62	3,11	0,083
Fragilidad física	3,61	1,95	3,29	1,77	3,81	2,03	0,189
Fragilidad psicológica	1,55	1,26	1,25	1,31	1,73	1,2	0,021
Fragilidad social	1,06	0,89	1,02	0,86	1,08	0,91	0,789
Categorías Tilburg							0,501
No fragilidad (0-5)	42,10%		45,80%		39,70%		
Fragilidad (5 o más)	57,90%		54,20%		60,30%		
<b>Variables cognitivas/psicoafectivas y calidad de vida</b>							
MMSE	24,87	3,37	25,85	3,43	24,32	3,23	0,04
MEC	29,16	3,16	29,14	3,37	29,17	3,09	0,984
EADG	5,45	4,61	4,9	4,54	5,79	4,64	0,268
EADG ansiedad	2,89	2,9	2,69	2,94	3,01	2,89	0,579
EADG depresión	2,56	2,45	2,21	2,35	2,78	2,5	0,198
COOP/WONCA	23,73	5,71	21,75	4,47	24,95	6,07	0,003
<b>Variables sociales</b>							
De Jong Gierveld	4,67	2,4	4,83	2,43	4,58	2,39	0,597

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; SPPB = Short Physical Performance Battery; MMSE = Mini-Mental State Examination; MEC = Mini-Examen Cognoscitivo; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

#### 2.2.2.2. Prueba de normalidad

La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov realizada en la presente muestra es ilustrada en la [Tabla 3](#).

Como puede observarse en dicha tabla, las únicas variables que han resultado ser paramétricas o normales ( $p > 0,05$ ) fueron las siguientes: la puntuación del CENVE ( $Z = 0,074$ ,  $p = 0,089$ ), el número de fármacos ( $Z = 0,078$ ,  $p = 0,057$ ) y la altura ( $Z = 0,064$ ,  $p = 0,200$ ).

Al ser la variable dependiente del estudio (CENVE) paramétrica y la mayor parte de variables independientes no paramétricas, para analizar la relación entre variables cuantitativas, las correlaciones bivariadas fueron realizadas casi en su

mayoría utilizando Rho de Spearman, exceptuando en los casos de número de fármacos y la altura, que dichas correlaciones fueron Pearson. La relación del CENVE con variables categóricas dicotómicas se efectuó mediante la T de Student y con variables categóricas de más de 2 categorías se utilizó ANOVA.

**Tabla 3. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov.**

	Z	p
CENVE TOTAL	0,074	0,089
Edad	0,114	<0,001
Edad de jubilación	0,224	<0,001
Nº hijos	0,178	<0,001
Nº nietos	0,197	<0,001
Nº actividades <sup>a</sup>	0,16	<0,001
Tiempo institucionalizado/a (años)	0,234	<0,001
Nº fármacos	0,078	0,057
Nº enfermedades crónicas	0,09	0,014
Altura (m)	0,064	0,2
Peso (kg)	0,079	0,05
IMC	0,074	0,086
Tiempo como cuidador/a (años)	0,271	<0,001
Lawton & Brody	0,184	<0,001
Dinamometría manual (mano derecha)	0,139	<0,001
Dinamometría manual (mano izquierda)	0,134	<0,001
SPPB	0,147	<0,001
Equilibrio	0,236	<0,001
Velocidad de la marcha (m/s)	0,083	0,033
Silla (s)	0,139	0,003
Tilburg	0,108	0,001
Fragilidad física	0,115	<0,001
Fragilidad psicológica	0,192	<0,001
Fragilidad social	0,208	<0,001
EADG	0,139	<0,001
EADG ansiedad	0,282	<0,001
EADG depresión	0,21	<0,001
COOP/WONCA	0,111	0,001
De Jong Gierveld	0,119	<0,001

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos de la Vejez; Nº = Número; IMC = Índice de masa Corporal; SPPB = Short Physical Performance Battery; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociosanitarios. Varios ejemplos son la psicoestimulación, participación social, rehabilitación y actividades recreativas.

### 2.2.2.3. Correlaciones bivariadas entre las variables a estudio y el CENVE

Los resultados de las correlaciones bivariadas entre los estereotipos negativos del envejecimiento y las variables sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales son reflejadas en la [Tabla 4](#).

Una mayor presencia de estereotipos negativos del envejecimiento en la muestra total (puntuaciones más elevadas en el CENVE) se asoció a ser más joven ( $r = -0,258$ ,  $p = 0,004$ ), una jubilación más prematura ( $r = -0,261$ ,  $p = 0,025$ ), un mayor tiempo de estancia en el centro sociosanitario ( $r = 0,238$ ,  $p = 0,007$ ), un mayor peso ( $r = 0,245$ ,  $p = 0,006$ ) e IMC ( $r = 0,260$ ,  $p = 0,003$ ), niveles más elevados de dependencia en las IADL ( $r = -0,172$ ,  $p = 0,054$ ) y puntuaciones más elevadas en la EADG ( $r = 0,244$ ,  $p = 0,006$ ), ya sea en su subescala de ansiedad ( $r = 0,199$ ,  $p = 0,026$ ) como de depresión ( $r = 0,250$ ,  $p = 0,005$ ).

Aquellos hombres con una jubilación más prematura ( $r = -0,279$ ,  $p = 0,057$ ), que llevan más tiempo institucionalizados ( $r = 0,284$ ,  $p = 0,050$ ), más dependientes en las IADL ( $r = -0,435$ ,  $p = 0,002$ ) y puntuaciones más altas en la EADG ( $r = 0,356$ ,  $p = 0,013$ ) y en la subescala de depresión ( $r = 0,414$ ,  $p = 0,003$ ) reportaron una visión del envejecimiento más negativa.

En el caso de las mujeres, las que mostraron más estereotipos negativos del envejecimiento fueron las más jóvenes ( $r = -0,300$ ,  $p = 0,008$ ), con más hijos/as ( $r = 0,243$ ,  $p = 0,032$ ), con un IMC más elevado ( $r = 0,245$ ,  $p = 0,030$ ), más fragilidad física ( $r = 0,247$ ,  $p = 0,029$ ) y una EADG más elevada ( $r = 0,241$ ,  $p = 0,034$ ), tanto en la subescala de ansiedad ( $r = 0,231$ ,  $p = 0,042$ ) como en la de depresión ( $r = 0,217$ ,  $p = 0,057$ ).

**Tabla 4. Correlaciones bivariadas entre los estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y variables sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales según el sexo.**

	Total (N=126)	Hombres (N=48)	Mujeres (N=78)
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Edad	-0,258**	-0,041	-0,300**
Edad de jubilación	-0,261*	-0,279	0,059
Nº hijos	0,066	-0,127	0,243*
Nº nietos	0,038	-0,061	0,194
Nº actividades <sup>a</sup>	-0,002	0,071	0,038
Tiempo institucionalizado/a (años)	0,238**	0,284*	0,192
Nº fármacos	0,038	-0,023	0,106
Nº enfermedades crónicas	0,006	-0,081	0,065
Altura (m)	0,015	-0,137	-0,079
Peso (kg)	0,245**	0,143	0,211
IMC	0,260**	0,239	0,245*

**Tabla 4** (Continuación)

Tiempo como cuidador/a (años)	0,08	0,131	0,094
Lawton & Brody	-0,172*	-0,435**	-0,055
Dinamometría manual (derecha)	-0,010	-0,216	-0,152
Dinamometría manual (izquierda)	-0,038	-0,238	-0,180
SPPB	0,005	-0,017	-0,089
Equilibrio	0,04	0,013	-0,055
Velocidad de la marcha (m/s)	-0,010	0	-0,088
Silla (s)	-0,006	-0,259	0,243
Tilburg	0,047	-0,062	0,16
Fragilidad física	0,068	-0,193	0,247*
Fragilidad psicológica	0,024	0,144	0,016
Fragilidad social	-0,057	-0,020	-0,075
EADG	0,244**	0,356*	0,241*
EADG ansiedad	0,199*	0,218	0,231*
EADG depresión	0,250**	0,414**	0,217*
COOP/WONCA	0,037	0,034	0,147
De Jong Gierveld	0,145	0,224	0,085

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos de la Vejez; N° = Números; IMC = Índice de masa corporal; SPPB = Short Physical Performance Battery; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociosanitarios. Varios ejemplos son la psicoestimulación, participación social, rehabilitación y actividades recreativas.

\* $p < 0,1$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

#### 2.2.2.4. Diferencias en el CENVE entre variables cualitativas

Las personas mayores que eran mujeres ( $t = 2,407$ ,  $p = 0,018$ ) y habían trabajado previamente en servicios reportaron un menor número de estereotipos negativos del envejecimiento que aquellos/as trabajaron en la agricultura ( $F = 4,453$ ,  $p = 0,001$ ) y en la industria ( $F = 4,453$ ,  $p = 0,019$ ). Los participantes nacidos/as en la CAPV ( $F = 1,304$ ,  $p = 0,027$ ) y que participaban en actividades ofertadas en el centro sociosanitario ( $t = -1,967$ ,  $p = 0,051$ ) presentaron una visión del envejecimiento más positiva. Al mismo tiempo, los participantes que se ubicaron en la categoría de limitación moderada ( $F = 2,908$ ,  $p = 0,025$ ) y limitación mínima ( $F = 2,908$ ,  $p = 0,009$ ) reportaron más estereotipos negativos que los/as de la categoría de limitación leve.

Al igual que sucede en la muestra total, en el caso de los hombres, los que trabajaron en servicios presentaron una visión más positiva del envejecimiento que aquellos que lo hicieron en la agricultura ( $F = 3,454$ ,  $p = 0,027$ ) y en la industria ( $F = 3,454$ ,  $p = 0,027$ ). Los hombres que no participaron en actividades del centro sociosanitario ( $F = 0,622$ ,  $p = 0,025$ ) reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento.

Las mujeres casadas presentaron más estereotipos negativos del envejecimiento que las solteras ( $F = 5,350, p < 0,001$ ), separadas ( $F = 5,350, p = 0,010$ ) y viudas ( $F = 5,350, p = 0,007$ ). Por otro lado, las viudas reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento que las solteras ( $F = 5,350, p = 0,020$ ). Las mujeres que nacieron en la CAPV reportaron menos estereotipos negativos ( $t = -1,945, p = 0,056$ ). En cuanto a la pensión de jubilación de las participantes, aquellas que recibían las pensiones de jubilación de menor importe tenían más estereotipos negativos del envejecimiento que las que recibían las pensiones de jubilación más elevadas ( $F = 2,772, p = 0,021$ ). Las mujeres que trabajaron en la agricultura mostraron una visión del envejecimiento más estereotipada que aquellas que lo hicieron en la industria ( $F = 3,297, p = 0,017$ ) y en servicios ( $F = 3,297, p = 0,019$ ). Finalmente, las mujeres con limitación moderada según el SPPB reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento que los que tenían limitación leve ( $F = 2,976, p = 0,005$ ). Todas estas asociaciones son descritas en la [Tabla 5](#).

**Tabla 5. Relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y variables categóricas sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales.**

		Total (N=126)			Hombres (N=48)			Mujeres (N=78)		
		M	(SD)	p	M	(SD)	p	M	(SD)	p
Sexo	Hombre	41,08	6,61	0,018						
	Mujer	38,23	6,37							
Estado civil	Soltero/a	37,13	8,48	0,164	39,77	8,45	0,512	34,00*	7,73	0,002
	Casado/a	41,4	6,92		40	6,59		47,00*	5,77	
	Separado/a	40,78	5,95		42,86	4,95		33,50*	0,71	
	Viudo/a	39,29	5,71		42,92	5,18		38,57*	5,58	
Nivel educativo	Sin Estudios	40,45	6,33	0,195	43,42	5,52	0,236	38,76	6,24	0,238
	Estudios Primarios	39,19	6,8		39,68	6,59		38,9	6,98	
	Estudios Secundarios	39,67	5,47		43,25	5,95		36,8	2,9	
	Estudios Superiores	34,88	7,32		37,67	10,97		33,2	4,92	
Pensión de jubilación	< 847,52 €	39,23	6,37	0,914	42,3	4,32	0,822	38,75*	6,53	0,069
	847,52 – 966,75 €	39,44	6,98		39,44	6,98				
	> 966,75 €	38,83	7,01		40,94	6,41		32,50*	4,72	
	Sin conocimiento	40,28	7,15		41,55	8,69		38,29	3,4	
Profesión	Agricultura	42,79*	6,46	0,005	43,40*	6,04	0,04	42,11*	7,2	0,025
	Industria	40,30*	6,35		42,25*	5,12		35,11*	6,66	
	Servicios	36,84*	5,87		37,43*	8,08		36,57*	4,64	
	Ama de casa	39,67	6,85		–	–		39,67	6,85	
Lugar de nacimiento	En la CAPV	38,18	6,97	0,027	40,52	7,57	0,61	37,2	6,53	0,056
	Fuera de la CAPV	40,78	5,79		41,52	5,87		40,07	5,72	
Actividades <sup>a</sup>	Sí	38,95	6,45	0,051	40,29	6,46	0,025	38,17	6,35	0,76
	No	42,83	7,13		46,67	5,13		39	7,1	
Religiosidad	Sí	39,04	6,83	0,568	42,59	6,22	0,247	38	6,7	0,589
	No	39,73	6,25		40,26	6,77		38,9	5,4	

**Tabla 5** (Continuación)

Frecuencia de práctica religiosa	Nunca	39,73	6,25	0,498	40,26	6,77	0,181	38,9	5,4	0,744
	1 vez/semana	38,56	6,95		41,31	6,4		37,71	6,97	
	2-3 veces/semana	40,35	6,47		46,75	3,5		38,75	6,07	
Cuidador/a de algún familiar	Sí	39,57	6,39	0,644	41,91	5,49	0,432	38,47	6,54	0,688
	No	39,02	6,85		40,38	7,47		37,87	6,18	
Patología psiquiátrica/neurológica	Sí	39,83	6,23	0,215	41,43	5,44	0,641	38,94	6,51	0,139
	No	38,29	7,2		40,5	8,35		36,63	5,85	
Categorías SPPB	Limitación severa (0-3)	39,38	7	0,037	43,44	7,45	0,319	38,19	6,52	0,037
	Limitación moderada (4-6)	40,06*	6,36		39,86	7,24		40,22*	5,69	
	Limitación leve (7-9)	36,56*	6,42		39,7	5,33		34,71*	6,42	
	Limitación mínima (10-12)	42,90*	3,78		43,86	4,02		40,67	2,31	
Categorías Tilburg	No fragilidad (0-5)	38,89	7,32	0,534	41,32	7,04	0,824	37,16	7,13	0,231
	Fragilidad (5 o más)	39,63	6,02		40,88	6,36		38,94	5,78	

Nota. CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; SPPB = Short Physical Performance Battery; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociosanitarios. Varios ejemplos son la psicoestimulación, participación social, rehabilitación y actividades recreativas.

\*Análisis de la varianza DMS (ANOVA): Las diferencias eran significativas con  $p < 0,05$ .

#### 2.2.2.5. Modelo lineal generalizado

Los resultados del modelo lineal generalizado vienen ilustrados en la [Tabla 6](#).

Tomando en consideración a la muestra total, los hombres mostraron más estereotipos negativos del envejecimiento que las mujeres ( $\beta = -2,990$ ,  $p = 0,042$ ). Realizar actividades se asoció a tener menos estereotipos del envejecimiento ( $\beta = -4,893$ ,  $p = 0,021$ ). La percepción del envejecimiento fue más negativa en las personas mayores institucionalizadas más tiempo ( $\beta = 0,512$ ,  $p = 0,011$ ). En cuanto a la autonomía en las AIVD, los participantes con menor autonomía en estas actividades presentaron una visión del envejecimiento más negativa ( $\beta = -1,000$ ,  $p = 0,006$ ). Las personas pertenecientes a la categoría limitación mínima del SPPB reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento que las de la categoría limitación leve ( $\beta = -4,683$ ,  $p = 0,039$ ). Este hecho se repite cuando las categorías limitación moderada y limitación leve son comparadas ( $\beta = -4,361$ ,  $p = 0,053$ ). La subescala de ansiedad de la EADG no logró significación estadística en el modelo, no obstante, una mayor puntuación en la subescala de depresión, y por tanto, una mayor sintomatología depresiva, se asoció con una peor percepción del envejecimiento ( $\beta = 0,508$ ,  $p = 0,084$ ).

Los hombres que trabajaron en la agricultura presentaron una visión del envejecimiento más negativa que los trabajadores de servicios ( $\beta = 11,521$ ,  $p = <0,001$ ). Del mismo modo, realizar actividades en el centro sociosanitario resultó ser un factor protector en el modelo frente a los estereotipos negativos del envejecimiento ( $\beta = -4,893$ ,  $p = 0,021$ ). Los hombres participantes que más tiempo llevaban institucionalizados refirieron más estereotipos negativos del envejecimiento ( $\beta = -0,444$ ,  $p = 0,021$ ). Finalmente, los hombres con menos autonomía en las AIVD lograron puntuaciones más elevadas del CENVE ( $\beta = -1,441$ ,  $p = 0,009$ ), y por ende más estereotipos negativos del envejecimiento.

En cuanto a los estereotipos negativos del envejecimiento en mujeres, únicamente la edad representó un factor predictor de la percepción del envejecimiento ( $\beta = -0,289$ ,  $p = 0,005$ ), siendo las más jóvenes las que peor visión del envejecimiento tenían. Ninguna variable más formó parte del modelo en mujeres.

**Tabla 6. Resultados del modelo linear generalizado sobre el análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y variables sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales según el sexo.**

		Muestra Total (N= 126)		Hombres (N= 48)		Mujeres (N= 78)	
		$\beta$	$p$	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$
Edad		-0,035	0,646	-	-	-0,289	0,005
Sexo	Mujeres	-2,99	0,042				
	Hombres	Ref,					
Estado civil	Soltero/a	-	-	-	-	-3,862	0,064
	Casado/a	-	-	-	-	1,395	0,654
	Separado/a	-	-	-	-	-3,164	0,478
	Viudo/a	-	-	-	-	Ref,	
Pensión de jubilación	< 847,52 €	-	-	-	-	-0,911	0,685
	847,52 – 966,75 €	-	-	-	-	-4,046	0,2
	> 966,75 €	-	-	-	-	Ref,	
Profesión	Agricultura	-5,932	0,293	11,521	<0,001	0,444	0,831
	Industria	-5,223	0,348	2,514	0,141	-3,203	0,102
	Servicios	-6,931	0,216	Ref,		-1,64	0,271
	Ama de casa	Ref,		-	-	Ref,	
Edad de jubilación		-0,092	0,444	-	-	-	-
Nº hijos		-	-	-	-	0,249	0,749
Nº nietos		-	-	-	-	0,083	0,856
Lugar de nacimiento	En la CAPV	0,685	0,608	-	-	-0,283	0,857
	Fuera de la CAPV	Ref,		-	-	Ref,	
Actividades <sup>a</sup> (sí/no)	Sí	-4,893	0,021	-9,389	0,024	-	-
	No	Ref,		Ref,		-	-
Tiempo institucionalizado/a		0,512	0,011	0,444	0,021	0,144	0,522
Peso (kg)		0,015	0,856	-	-	0,008	0,941
IMC		0,091	0,665	-	-	0,001	0,996
Lawton & Brody		-1	0,006	-1,441	0,009	-	-

**Tabla 6** (Continuación)

Categorías SPPB	Limitación severa (0-3)	-3,758	0,164	-	-	-1,383	0,668
	Limitación moderada (4-6)	-4,361	0,053	-	-	0,241	0,941
	Limitación leve (7-9)	-4,683	0,039	-	-	-3,256	0,341
	Limitación mínima (10-12)	Ref,		-	-	Ref,	
Tilburg		-	-	-	-	0,104	0,791
EADG ansiedad		0,186	0,418	-0,795	0,201	0,022	0,934
EADG depresión		0,508	0,084	0,32	0,611	0,268	0,362

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; N° = Número; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco; IMC = Índice de masa corporal; SPPB = Short Physical Performance Battery; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociosanitarios. Varios ejemplos son la psicoestimulación, participación social, rehabilitación y actividades recreativas.

Ref.: Categoría de Referencia.

### 2.2.3. Discusión

Este estudio ha sido elaborado con el fin de analizar la relación entre la percepción del envejecimiento y distintas variables físicas, psicológicas y sociales en una muestra de personas mayores que residen en diversos centros sociosanitarios.

Según el modelo lineal generalizado, concretamente en la muestra total, ser hombre, no participar en ninguna de las actividades ofertadas por los centros sociosanitarios, un mayor tiempo institucionalizado/a en el centro sociosanitario y una menor autonomía en AIVD, fueron las variables que predijeron una mayor presencia de estereotipos negativos. Junto a esto, las personas mayores situadas en la categoría de limitación mínima del SPPB presentaron más estereotipos negativos que los de la categoría de limitación leve. En el caso de los hombres, los que habían trabajado en la agricultura percibieron el envejecimiento de manera más negativa que aquellos que hicieron lo propio en el sector de servicios. Al mismo tiempo, los hombres que no participaron en actividades del centro sociosanitario, que llevaban más tiempo viviendo en mismo y con menor autonomía en AIVD, reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento. En la muestra de mujeres, sin embargo, la edad fue la única variable que se asoció a la percepción del envejecimiento, siendo las mujeres más jóvenes las que más estereotipos negativos del envejecimiento referían.

Actualmente no existe consenso sobre la relación entre la percepción del envejecimiento y la edad. Mientras que unos pocos estudios indican que la visión del envejecimiento es más positiva en personas mayores (Hooker et al., 2019; Levy et al., 2014; Parish et al., 2019; Wilson et al., 2019), la mayor parte de los trabajos reportan que no existe relación entre ambas variables (Ayalon, 2018; Castellano, 2014; Duran-Badillo

et al., 2016; Numbers et al., 2019; Nunes et al., 2018) o que la percepción del envejecimiento es más negativa a mayor edad (Freeman et al., 2016; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009b; Shin et al., 2019). Todos estos estudios han sido llevados a cabo en muestras de personas mayores que vivían en la comunidad. Considerando lo anterior, la edad podría afectar de manera distinta a las personas mayores que viven en centros sociosanitarios, ya que la institucionalización a temprana edad podría estar asociada a distintos problemas de la salud o de índole social, que a su vez podrían afectar a la forma que tienen estas personas mayores de ver el envejecimiento. La asociación entre los estereotipos negativos del envejecimiento y la edad descrita en este estudio, en este caso en la muestra de mujeres, es de gran trascendencia, dado que al contrario de la mayoría de trabajos de esta temática, el ser más joven se asoció a un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento.

En cuanto a la variable sexo, la mayoría de autores reportan que las mujeres perciben el envejecimiento de manera más negativa que los hombres (Ayalon, 2018; Castellano & de Miguel, 2010; Castellano, 2014; Palmore, 2001; Sánchez et al., 2009b; Sanhueza, 2014), al contrario que este estudio, que junto a un pequeño número de estudios en la literatura, indicaron que los hombres tienen una visión del envejecimiento más negativa que las mujeres (Freeman et al., 2016). Esta visión del envejecimiento más positiva en mujeres puede deberse a que las mujeres que residen en centros sociosanitarios tienen menos cargas y responsabilidades que aquellas que viven en su hogar, teniendo en cuenta también la exención del rol cuidado de los nietos/as en el medio institucionalizado (Choi et al., 2016; Hayslip & Kaminski, 2005; Hayslip et al., 2019). Unido a esto, los modelos obtenidos en este estudio son totalmente distintos en hombres y en mujeres. Mientras que en los primeros la percepción del envejecimiento se relacionó a diversas variables sociodemográficas, el estado funcional y la autonomía, en las segundas solo la edad formó parte su modelo. El proceso de envejecer no es el mismo en hombres y en mujeres. Las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los hombres, pero sufren mayores niveles de comorbilidad y discapacidad. Aun así, las mujeres reportan menores tasas de mortalidad por las principales causas de muerte y mayor esperanza de vida (Lipsky et al., 2014), son menos precoces en la progresión del deterioro cognitivo y más comprensibles respecto a la actividad cerebral regional asociada a las emociones (Gur & Gur, 2002), presentan una menor mortalidad por mala salud mental (suicidio) (Kiely et al., 2019), son menos vulnerables frente a la soledad (Barreto et al., 2020), y toleran la fragilidad mejor que los hombres (Gordon et al., 2017), por lo que esta percepción del envejecimiento más positiva en mujeres podría explicarse a través de estos argumentos.

Varias de las variables sociodemográficas seleccionadas para este estudio se han asociado significativamente con la percepción del envejecimiento de las personas mayores. En primer lugar, varios trabajos han reportado que un mayor nivel socioeconómico se ve traducido en un menor número de estereotipos negativos del envejecimiento (Lasagni et al., 2013; Sanhueza, 2014) y un menor riesgo de sufrir edadismo (Ayalon, 2018; Hooker et al., 2019). Nuestros resultados han reflejado que no hubo relación entre los estereotipos del envejecimiento y la pensión de jubilación recibida, aun así, los hombres que trabajaron previamente en la agricultura presentaron una visión del envejecimiento más negativa que los que lo hicieron en servicios. Es destacable que los salarios de los agricultores han sido tradicionalmente más bajos que el de los trabajadores del sector de los servicios. Al mismo tiempo, una edad de jubilación más prematura se asoció a una mayor presencia de estereotipos negativos en el análisis univariante. La sociedad actual juzga a sus individuos en base a su productividad, por lo que la jubilación, y por ende el cese de actividad, da lugar a que la sociedad identifique a las personas mayores como cargas, lo cual representa una clara actitud edadista (Butler, 1969). La actividad laboral también se ha asociado a un menor edadismo percibido (Ayalon, 2018). Tanto el tipo de profesión ejercida como una jubilación prematura son variables estrechamente relacionadas a menores retribuciones económicas en personas mayores, por lo que son necesarios más estudios que corroboren en más profundidad dicha relación y su direccionalidad.

En nuestro trabajo, el participar en actividades de los centros sociosanitarios se asoció significativamente a una mejor percepción del envejecimiento, tanto en la muestra total como en la de hombres. Varios estudios de la literatura corroboran que, en muestras de personas mayores no institucionalizadas, el participar en distintas actividades favorece una visión del envejecimiento más positiva (Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a). Dicho esto, otros autores también citan la relación del edadismo con una menor participación social (Robertson & Kenny, 2016b), pudiendo darse problemas de índole social como la exclusión social (Burnes et al., 2019; Wethington et al., 2016) o la marginación (Vitman et al., 2014). Los programas de envejecimiento activo, adoptados por múltiples instituciones, han resultado ser un medio realmente útil para promover una percepción más positiva de las personas mayores y el proceso de envejecer (Levy & Myers, 2004; Mendoza-Ruvalcaba & Fernández-Ballesteros, 2016; Minichiello et al., 2000; Walker, 2002), hecho que también sucede con el contacto intergeneracional y la educación (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015). Teniendo en cuenta el diseño de este estudio, no podemos definir la direccionalidad de esta relación. La participación social en diferentes actividades, además de otros beneficios, podría contribuir a una mejor percepción del

envejecimiento, por lo que las instituciones, y los centros sociosanitarios que toman en su seno, deberían hacer un esfuerzo especial para facilitar la participación de las personas mayores en actividades de ocio.

Un mayor tiempo de institucionalización de la muestra total y los hombres se asoció significativamente a un mayor número de estereotipos negativos. El único estudio en la bibliografía que hizo uso de una muestra de personas mayores institucionalizadas para estudiar el edadismo (Buckinx et al., 2018) no analizó esta interacción. Aun así, muchas investigaciones presentes en la literatura reportaron que personas mayores, no sujetas a intervenciones específicas y que vivían en centros sociosanitarios, presentaron un deterioro físico, cognitivo y psicoafectivo (Borges et al., 2013; Kojima, 2015). Este deterioro podría causar un empeoramiento en lo que a la percepción del envejecimiento se refiere (Buckinx et al., 2018; Robertson & Kenny, 2016a).

Los participantes de la muestra total y la de hombres con menor autonomía en AIVD refirieron una visión más negativa del envejecimiento. A pesar de que en la literatura no se hace referencia en cuanto a la relación del edadismo con la autonomía en AIVD, varios estudios reportan que el edadismo puede influir negativamente en el estado funcional de la persona mayor. Robertson y Kenny (2016a) describieron la presencia de percepciones negativas del envejecimiento como un factor predictor del deterioro funcional en personas mayores. A su vez, la promoción de imágenes positivas del envejecimiento durante 4 semanas ha dado lugar a mejoras en el estado funcional de los mayores, pudiendo incluso rivalizar el efecto de programas de actividad física de hasta 6 meses de duración (Levy et al., 2014). Considerando lo anterior, una percepción negativa del envejecimiento también puede limitar la autonomía en el autocuidado (Levy & Myers, 2004), mayores niveles de limitación funcional al de 2 años y medio (Wolff et al., 2017), mayor dependencia en las AVD (Levy et al., 2002b; Moser et al., 2011; Wurm & Benyamini, 2014), etc.

Respecto a la función física, las personas mayores situadas en la categoría de limitación leve del SPPB reportaron menos estereotipos negativos del envejecimiento que aquellas en la categoría limitación mínima. Esta relación resulta ser no lineal, dado que las personas mayores de la categoría limitación moderada presentaron también una visión del envejecimiento más negativa que los de la categoría limitación leve. El SPPB ha sido utilizado en el contexto del edadismo en un único estudio (Marquet et al., 2018), y los autores del mismo concluyeron que la prueba de caminar se asoció significativamente a la amenaza de estereotipo o a la SPA. En consecuencia, otros autores informan que las autopercepciones negativas del envejecimiento predicen el deterioro de la velocidad de la marcha en 2 años (Robertson et al., 2015; Robertson & Kenny, 2016a). Sin embargo, no

existe un consenso respecto a ese tema, dado que algunos estudios indicaron que los estereotipos negativos del envejecimiento no influyen en la velocidad de la marcha (Hausdorff et al., 1999). En cuanto al equilibrio, los estereotipos negativos del envejecimiento reducen el rendimiento y generan problemas en el mismo (Chiviakowsky et al., 2018; Levy et al., 2020). Nuestros resultados coinciden parcialmente con la asociación entre una mejor función física y una mejor percepción del envejecimiento porque las personas con una limitación leve en la función física mostraron una mejor percepción del envejecimiento que aquellas con una limitación moderada. Por el contrario, la percepción del envejecimiento de las personas con limitación mínima fue más negativa que la de las personas con limitación leve. Un argumento para tratar de explicar esta asociación contradictoria podría ser la siguiente: las personas que viven en centros sociosanitarios y tienen una buena función física podrían tener otros problemas cognitivos, psicoafectivos o sociales que afecten a su percepción del envejecimiento.

En cuanto a la ansiedad, varios autores indican la existencia de una relación significativa entre los estereotipos negativos del envejecimiento y la sintomatología ansiosa (Abrams et al., 2008; Freeman et al., 2016; Levy & Langer, 1994; Levy et al., 2014; Lyons et al., 2018). La relación del edadismo y la sintomatología depresiva también es descrita en la literatura. Varios trabajos indicaron que una mayor presencia de estereotipos del envejecimiento (Freeman et al., 2016; Worm & Benyamini, 2014) y el edadismo percibido (Ayalon, 2018; Lyons et al., 2018; Han & Richardson, 2015; Shin et al., 2019) se asoció a una mayor sintomatología depresiva. Sin embargo, en dichos escritos no se explica la direccionalidad de dicha asociación (Jackson et al., 2019). El análisis univariante del presente estudio mostró una asociación significativa entre la percepción del envejecimiento y ambas patologías, no obstante, cuando se procedió a realizar el modelo lineal generalizado, ambas variables fueron excluidas de dichos modelos. La posible explicación de este fenómeno podría ser que otros parámetros asociados con la ansiedad y la depresión puedan interactuar con ambas patologías, excluyéndolas así del modelo multivariante resultante.

#### 2.2.3.1. Limitaciones y fortalezas

Este estudio posee varias fortalezas que lo distinguen de los demás trabajos de metodología y objetivos similares. La primera es el lugar de residencia de la muestra. La gran mayoría de los estudios están centrados en muestras de personas mayores que residen en sus hogares. Solamente hemos encontrado en la bibliografía un estudio que hacía uso de una muestra de personas mayores institucionalizadas (Buckinx et al.,

2018). Igualmente, tal y como se indica al realizar la estimación del tamaño muestral, este estudio posee un tamaño muestral adecuado para la finalidad que persigue. El haber basado la metodología de este trabajo en la VGI también representa una fortaleza, a la vez que una novedad, a la hora de analizar la relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento y otras variables, ya que la gran mayoría de estudios solo analizan dicha relación con variables de una dimensión aislada, sin hacer alusión de la multidimensionalidad (física, psicológica y social) de las variables independientes a estudio. Al mismo tiempo, el modelo lineal generalizado nos permite incluir variables numéricas y categóricas en un mismo modelo. Para finalizar, al contrario que la mayoría de estudios en la literatura, en este estudio, una menor edad y el ser hombre se asociaron a un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento. No hay estudios que estudien esta relación en centros sociosanitarios, por lo que esta asociación es novedosa.

Por otro lado, el estudio presenta también varias limitaciones. En primer lugar, los resultados obtenidos no son extrapolables a la totalidad de la población de personas mayores institucionalizadas, ya que las características del estudio (especialmente los instrumentos de evaluación) no nos permiten incluir a personas con deterioro físico y cognitivo severo. En segundo lugar, la ausencia de estudios que cuenten con muestras de personas mayores institucionalizada, que aunque también otorgue a este estudio un carácter innovador, representa una dificultad a la hora de comparar resultados y dirigir la discusión. Por último, debido a la naturaleza transversal del estudio, no podemos definir la direccionalidad de la asociación entre el edadismo y las variables independientes a estudio.

#### **2.2.4. Conclusiones**

En conclusión, en esta muestra de personas mayores que viven en centros sociosanitarios, los estereotipos negativos del envejecimiento se han asociado tanto a variables multidimensionales modificables (realización de actividades realizadas en los centros sociosanitarios, autonomía en AIVD, la función física etc.) como a variables no modificables (edad, sexo, tiempo institucionalizado/a etc.). Estas variables pueden variar según el sexo, por lo que el enfoque de la discriminación por edad requiere un enfoque diferente en hombres y en mujeres.

Este trabajo hace contribuciones importantes a la bibliografía. Las personas mayores que viven en centros sociosanitarios son un grupo que no ha sido estudiado en el contexto del edadismo, por lo que este estudio proporciona información realmente importante

sobre los factores relacionados con la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento en este colectivo más vulnerable. La naturaleza multidimensional de las variables independientes también es destacable. Si bien los estudios dirigidos a las personas mayores que viven en la comunidad analizan la relación del edadismo con variables específicas de una dimensión, por ejemplo, variables sociodemográficas, depresión, función física, etc., esta investigación incluye variables provenientes de todas las dimensiones que conforman las personas, es decir, variables físicas, mentales y sociales. Son necesarios más estudios que incluyan muestras similares a estas, sin olvidar que el estudio de la direccionalidad de la relación del edadismo con las variables multidimensionales es algo prioritario, ya que una vez que determinada, será más fácil prevenir y hacer frente a este tipo de discriminación

**2.3. ESTUDIO II:** Análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y distintas variables multidimensionales en personas mayores que viven en sus hogares.

### **2.3.1. Material y métodos**

#### 2.3.1.1. Diseño

Simultáneamente al ESTUDIO I, este estudio también descriptivo y de corte transversal, sigue una finalidad similar que el anterior, es decir, analizar la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y diversas variables multidimensionales numéricas y categóricas (físicas, psicológicas y sociales). Sin embargo, en este caso los participantes vivían en su hogar y acudían a centros sociales de sus municipios. Posteriormente, al igual que en el estudio anterior, se elaboraron modelos que explicasen las variables asociadas de forma independiente a los estereotipos negativos del envejecimiento, tanto en la muestra total, como en hombres y mujeres. Dichos modelos fueron elaborados a través del modelo lineal generalizado.

#### 2.3.1.2. Muestra

Inicialmente se intentó reclutar a un total de 418 personas mayores que residían en sus hogares y acudían diariamente a distintos centros sociales de Bizkaia y Gipuzkoa (muestra no institucionalizada). De esos 418 potenciales participantes, 165 accedieron a participar, y de esos 165, 164 (99,39%) cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión seleccionados para la participación en el estudio, al igual que en el ESTUDIO I, fueron los siguientes: tener 60 años o más y no sufrir deterioro cognitivo ( $MEC > 23$ ) ni deterioro funcional severo ( $Barthel \geq 50$ ). Tal y como se determinó en el anterior estudio, las personas que padecían esquizofrenia, psicosis no esquizofrénicas y psicopatologías con sintomatología delirante fueron excluidas del estudio. La muestra de este estudio finalmente constó de 146 personas mayores que vivían en sus hogares y acudían a centros sociales para participar en actividades ( $M_{edad} = 72,14$ ,  $SD_{edad} = 6,69$ , rango de edad = 60-91), de las cuales el 78,8% ( $n = 115$ ) eran mujeres. El índice de participación fue del 34,93%.

### 2.3.1.3. Material

#### 2.3.1.3.1. *Diferencias metodológicas con el ESTUDIO I*

Previo al desarrollo del presente apartado, es importante definir la principal y más evidente diferencia de este estudio con el que le precede (ESTUDIO I), que no puede ser otro que la muestra sobre la que se trabaja. Mientras que en el ESTUDIO I, la muestra participante se compuso de personas mayores que residían en diversos centros sociosanitarios (ver el apartado 2.2.1.2.), es decir, personas mayores institucionalizadas, en este estudio, las personas mayores que participaron vivían todas en sus hogares y acudían a centros sociales para realizar actividades.

Las herramientas e instrumentos de evaluación seleccionadas para este estudio, en su mayoría, fueron las previamente establecidas para el ESTUDIO I. Aun así, existen algunas diferencias metodológicas relativas a las herramientas de cribado.

En primer lugar, en este caso referente al cribado del deterioro cognitivo, únicamente se administró el MEC (Lobo et al., 1979). Esta batería cognitiva fue utilizada minutos antes de la primera sesión de entrevistas por miembros del equipo de investigación con formación específica y acreditados legalmente para dicho menester. Para participar en el estudio, los participantes tenían que obtener una puntuación  $> 23$ . La equivalencia de este punto de corte en el MEC con la puntuación establecida previamente como criterio de inclusión en el ESTUDIO I para el MMSE ( $>20$ ) es detallada en este último estudio (ver el apartado 2.2.1.3.4.).

Siguiendo con los criterios de inclusión, para garantizar que los potenciales participantes no sufrían una dependencia funcional grave, se administró el índice de Barthel original (Mahoney & Barthel, 1965). Este cuestionario, utilizado para evaluar las ABVD, consta de 10 distintas actividades: baño, vestido, aseo, ir al retrete, deambulación, traslado sillón-cama, escaleras, micción, deposición y alimentación. Cada actividad se desglosa en 3-4 categorías. Con una puntuación total máxima de 100, resultados más elevados refieren una mayor autonomía en las ABVD. Para participar en el estudio, al igual que sucede en ESTUDIO I con el índice de Barthel modificado (Shah) (ver el apartado 2.2.1.3.3.), los sujetos tuvieron que obtener una puntuación de  $\geq 50$ . Esta herramienta está validada en la población geriátrica en el contexto español (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

En el ESTUDIO I, los instrumentos de valoración para los criterios de inclusión, es decir, el cribado de deterioro cognitivo y la autonomía en las ABVD,

fueron seleccionados en base a la protocolización de los instrumentos de cada institución y a la disponibilidad de sus puntuaciones en sus respectivas bases de datos. No obstante, en el presente estudio, la elección de escalas y cuestionarios fue decisión del propio equipo de investigación:

- El MEC, herramienta administrada previamente en la muestra residente en el C. G. Aspaldiko y cuya utilización es justificada en el ESTUDIO I (ver el apartado 2.2.1.3.4.), fue la batería seleccionada para el cribado del deterioro cognitivo en los participantes de este estudio.
- A la hora de justificar la selección de la versión original del índice de Barthel en este estudio, el equipo de investigación se guio por el siguiente criterio: a pesar de que la versión modificada de Shah presenta una mayor sensibilidad, ambas versiones poseen propiedades psicométricas sólidas y una confiabilidad inter-entrevistador elevada, por lo que, tal y como indican Fricke & Unsworth (1997), la elección de la versión quedó a disposición de las preferencias del entrevistador. En este caso, al ser esta variable un criterio de inclusión y no requerir evaluar los cambios en la autonomía de las ABVD a lo largo del tiempo, el equipo de investigación se decantó por la versión original, teniendo en cuenta su menor número de categorías y su menor tiempo de aplicación.

Al no contar los centros sociales con bases de datos informáticas que recopilen la información de los participantes de este estudio, tanto las variables sociodemográficas, como los datos relativos a los criterios de inclusión y exclusión, fueron recogidas por los entrevistadores a través de la entrevista realizada con los participantes del estudio.

#### *2.3.1.3.2. Herramientas e instrumentos de evaluación*

Como variable dependiente y para evaluar la percepción del envejecimiento se administró el Cuestionario de Estereotipos Negativos del Envejecimiento (CENVE) (Sánchez, 2004).

Las variables sociodemográficas son las mismas que en el ESTUDIO I (ver el apartado 2.2.1.3.2.): edad, sexo, estado civil, nivel de educación, pensión de jubilación, profesión ejercida por más tiempo, edad de jubilación, número de hijos y nietos, lugar de nacimiento, actividades (centros sociales), número de actividades, religiosidad, práctica de religiosidad, número de fármacos, número de

enfermedades crónicas, datos antropométricos (altura, peso e IMC), rol de cuidador/a, años como cuidador/a y patología psiquiátrica/neurológica.

La dimensión física fue valorada mediante los siguientes cuestionarios (ver el apartado 2.2.1.3.3.): índice de Barthel original (Mahoney & Barthel, 1965) para la autonomía en las ABVD y el índice de Lawton & Brody (Lawton & Brody, 1969) para las AIVD, la dinamometría manual para la fuerza de las extremidades superiores (EESS) (Mathiowetz et al., 1985), el SPPB (Guralnik et al., 1994) para la condición física y funcionalidad de las EEII y el indicador de fragilidad de Tilburg (Gobbens et al., 2010) para la fragilidad.

El estado cognitivo, el psicoafectivo (ansiedad y depresión) y la calidad de vida (ver el apartado 2.2.1.3.4.) fueron evaluados administrando el MEC (Lobo et al., 1979), la EADG (Montón et al., 1993) y las láminas COOP/WONCA (Van Weel, 1993).

Finalmente, la dimensión social (soledad) (ver el apartado 2.2.1.3.5.) fue evaluada con la escala de soledad de de Jong Gierveld (de Jong-Gierveld & Kamphuls, 1985).

#### 2.3.1.4. Procedimiento

##### 2.3.1.4.1. *Aspectos éticos*

Este estudio, al igual que el ESTUDIO I, viene incluido en proyecto M10\_2017\_165, el cual obtuvo el informe favorable por parte del CEISH de la UPV/EHU en su acta 92/2017 el 21 de septiembre del 2017. Esta versión del proyecto incluía la metodología de base este estudio, pero solo consideraba a la muestra del centro social de San Roque, en Portugalete.

Con el fin de incluir participantes de otros centros sociales de Portugalete, el equipo de investigación procedió a solicitar una modificación del proyecto al CEISH. Los cambios planteados en el proyecto M10/2018/102 fueron ejecutados tras el informe favorable emitido por el CEISH de la UPV/EHU a 26 de abril del 2018 en el acta 100/2018. Los centros sociales que se añadieron al estudio fueron el centro social de Villanueva y el de Repélega (Portugalete).

Finalmente, el proyecto M10/2018/102 volvió a ser modificado y obtuvo la nomenclatura M10\_2019\_095, para poder captar personas mayores que participan en actividades de Bizipoz, cooperativa que a través de distintas actividades

promueve el envejecimiento activo en diversos centros. Este proyecto recibió el informe favorable del CEISH de la UPV/EHU en su acta 110/2019 a 21 de marzo del 2019.

Actualmente, este estudio, junto con el ESTUDIO I, sigue con la nomenclatura mencionada en el párrafo anterior (M10\_2019\_095).

#### *2.3.1.4.2. Procedencia de la muestra*

Tal y como sucede con el ESTUDIO I, los participantes de este estudio también proviene de distintas localidades, todas ellas en Bizkaia y Gipuzkoa. Inicialmente, el estudio contó con personas mayores que participaban en distintas actividades en los centros sociales de San Roque, Villanueva y Repélega (n = 100), en Portugalete. Posteriormente se contó también con personas mayores que hacían lo propio en centros desde los que colaboraba Bizipoz. En este último caso, los participantes estaban distribuidos en localidades de Bizkaia y Gipuzkoa. En Bizkaia, se seleccionaron participantes en Muskiz (n = 8) y Lekeitio (n = 21), mientras que en Gipuzkoa, las personas mayores procedieron de Arrasate (n = 25), Urretxu (n = 8), Oñati (n = 17) y Zumarraga (n = 23).

#### *2.3.1.4.3. Fase de reclutamiento*

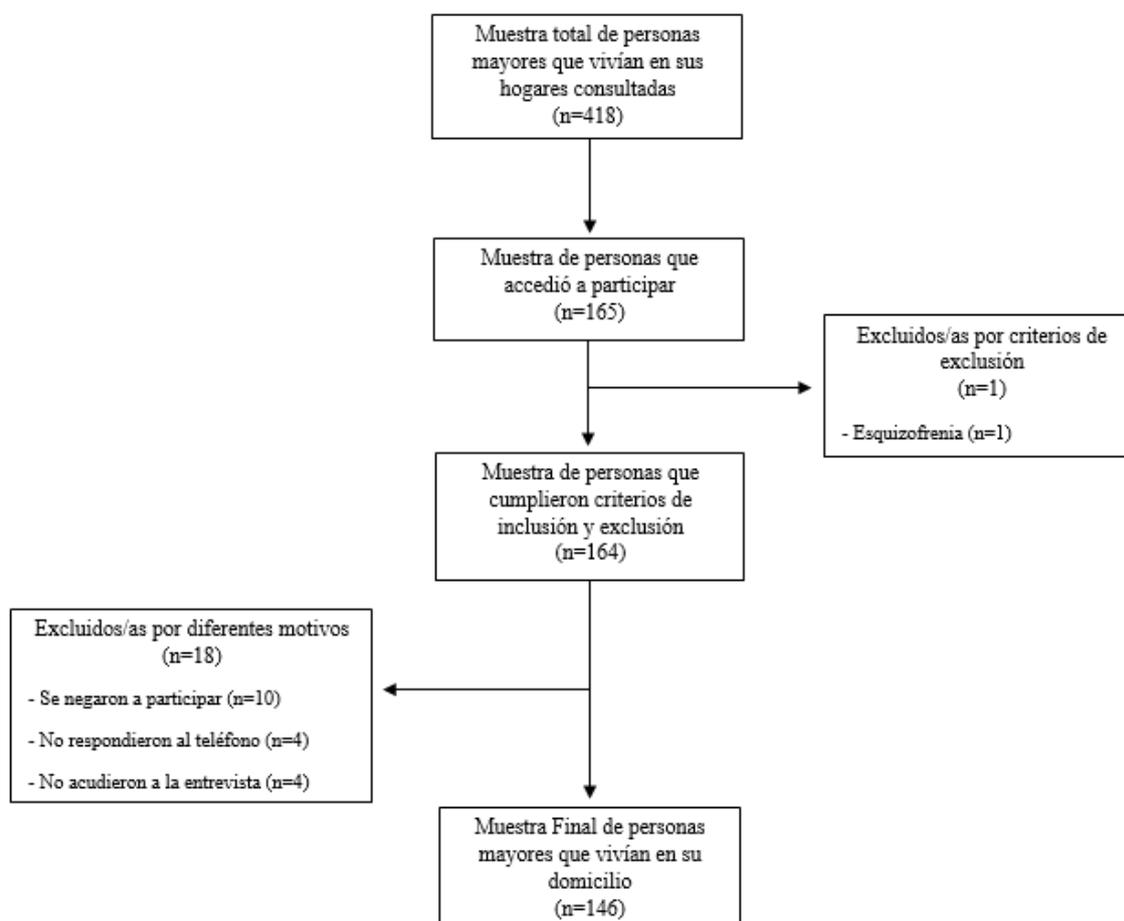
El entrevistador (y autor de este estudio), junto con personal del centro social de San Roque (Portugalete), presentó la naturaleza del proyecto en las distintas sesiones a las que acudían las personas mayores de la localidad, dando comienzo así a la fase de reclutamiento del mismo. Las personas que aceptaron participar, facilitaron su número de teléfono al entrevistador, y tras la firma del CI (ver [Anexo 20](#)), fueron citadas a 2 sesiones de entrevistas individuales de unos 30 minutos cada una, en 2 días distintos y en un aula del centro social facilitada por la organización del mismo. Al revisar los tiempos de entrevista obtenidos en los primeros 15 participantes del C. G. Aspaldiko en el ESTUDIO I (pilotaje), se concluyó que la duración de las sesiones de entrevistas era adecuada y no influía negativamente en la calidad de las mismas ni en la atención de los participantes.

Posteriormente, comenzó la fase de reclutamiento en 2 centros sociales nuevos del municipio de Portugalete: Villanueva y Repélega, también situados en el mismo municipio. El procedimiento de reclutamiento fue el mismo que en San

Roque, siendo el entrevistador/autor del estudio, junto con personal del centro social, los encargados de ir a las actividades a presentar el estudio. Los interesados, tras la firma del CI facilitado en el [Anexo 20](#), fueron citados telefónicamente para las 2 sesiones de entrevistas en aulas de dichos centros sociales, comenzando así la fase de entrevistas de ambos centros sociales.

Para finalizar con la fase de reclutamiento, en este caso de los centros desde los que operaba Bizipoz (Bizkaia y Gipuzkoa), el personal de dicha institución, junto con el entrevistador (y autor del estudio), explicaron el proyecto en sus actividades y solicitaron la participación de las personas mayores que acudían a ellas. El orden de visitas a los centros desde los que trabajaba Bizipoz fue el siguiente: Arrasate → Muskiz → Urretxu, Oñati → Zumarraga → Lekeitio. Los/as interesados/as firmaron el CI (ver [Anexo 21](#)), siendo citados telefónicamente para las 2 sesiones de entrevistas.

El diagrama de flujo de la muestra total de personas mayores que vivían en sus hogares es reflejado en la [Figura 36](#).



**Figura 36.** Diagrama de flujo final de la muestra de personas mayores que vivían en sus hogares.

#### 2.3.1.4.4. Fase de entrevistas

Respecto a la fase de entrevistas, su protocolo fue el mismo para toda la muestra y este constó de 2 sesiones de 30 minutos cada una, las cuales se distribuyeron de la siguiente manera (ver [Anexo 22](#)):

- **Sesión 1** → Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) + Índice de Barthel (Original) + Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) + Variables Sociodemográficas + Dinamometría Manual + Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).
- **Sesión 2** → Índice de Lawton & Brody + Short Physical Performance Battery (SPPB) + Indicador de Fragilidad de Tilburg + Láminas COOP/WOONCA + Escala de Soledad de de Jong Gierveld.

Como observación, tal y como se reporta anteriormente en este estudio (ver el apartado 2.3.1.3.1.), el MEC fue administrado minutos antes de la entrevista PRE por personal del equipo de investigación capacitados académica y legalmente para dicha función.

#### 2.3.1.4.5. Análisis estadístico de los datos

Tal y como sucede en el ESTUDIO I (ver el apartado 2.2.1.4.5.), con el objetivo de detectar los coeficientes de correlación con una magnitud aproximada de 0,23, aceptando un riesgo alfa de 0,1 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, el número de participantes requeridos para tal fin fue de 116.

La variable dependiente una vez más fue la puntuación del CENVE. Las técnicas estadísticas aplicadas en este trabajo son las mismas que las empleadas en el ESTUDIO I (ver el apartado 2.2.1.4.5.), con la única diferencia que las personas participantes fueron distintas, concretamente personas mayores institucionalizadas en el ESTUDIO I y personas mayores que vivían en sus hogares en este estudio. Comenzando por la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se prosiguió con correlaciones bivariadas para analizar la relación entre variables cuantitativas (R de Pearson en paramétricas y Rho de Spearman en no paramétricas). En cuanto a relación del CENVE con variables categóricas, en el caso de ser paramétrica la primera se utilizó T de Student en variables dicotómicas y ANOVA para las de más de 2 categorías. En variables no paramétricas se utilizó U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis con variables categóricas dicotómicas y de más de 2 categorías

respectivamente. Posteriormente, en las variables de más de 2 categorías que presentaron una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, se realizó la prueba U de Mann Whitney con cada categoría para analizar las diferencias entre dichas categorías. Para finalizar, se construyeron modelos lineales generalizados con variables que previamente en la inferencia estadística habían obtenido una  $p < 0,1$ . La herramienta de análisis estadístico empleada en este estudio fue la versión 24 de IBM SPSS Statistics.

### **2.3.2. Resultados**

#### **2.3.2.1. Análisis descriptivo de la muestra**

Tal y como se indica en la [Tabla 7](#), la cual describe las características sociodemográficas de la muestra total ( $N = 146$ ), la edad media de los participantes fue de 72,14 años ( $SD = 6,69$ ), siendo el 21,23% hombres ( $n = 31$ ) y el 78,77% mujeres ( $n = 115$ ).

A la hora de analizar las diferencias entre sexos de las variables sociodemográficas a estudio ( $p < 0,05$ ), los hombres eran más mayores que las mujeres. Respecto al estado civil, un 80,6% de los hombres estaban casados, mientras que en mujeres, este porcentaje era del 52,2%. Al mismo tiempo, mientras un 40% de las mujeres eran viudas, únicamente el 12,9% de los participantes varones lo eran. El 90,3% de los hombres reportaban una pensión de jubilación situada en la categoría más elevada ( $< 966,75$  €). En el caso de las mujeres, solo el 23,5% de ellas recibió pensiones de esa categoría, refiriendo el 75,7% de ellas una pensión de jubilación mensual de  $< 847,52$  €, es decir, la categoría económica más desfavorecida. Este porcentaje en hombres fue solo del 6,5%. Mientras que el 64,5% de los hombres trabajó en la industria, el sector laboral más representado en las mujeres fue el de servicios, con un 75,7% de las participantes formando parte del mismo. En cuanto a la participación en actividades de los centros sociales, un mayor porcentaje de mujeres (96,5%) participó en las mismas en comparación con los hombres (77,4%), participando las primeras ( $M_{\text{actividades}} = 2,56$ ,  $SD_{\text{actividades}} = 1,45$ ) también en más actividades que los segundos ( $M_{\text{actividades}} = 1,55$ ,  $SD_{\text{actividades}} = 1,41$ ). A su vez, al estudiar las medidas antropométricas de los participantes, los hombres ( $M_{\text{altura}} = 1,68$ ,  $SD_{\text{altura}} = 0,08$ ;  $M_{\text{peso}} = 78,5$ ,  $SD_{\text{peso}} = 10,7$ ) resultaron ser más altos y de mayor peso que las mujeres ( $M_{\text{altura}} = 1,57$ ,  $SD_{\text{altura}} = 0,06$ ;  $M_{\text{peso}} = 67,46$ ,  $SD_{\text{peso}} = 10,9$ ). Las mujeres (57,4%) ejercieron como cuidadoras de algún familiar en un mayor porcentaje

que los hombres (25,8%), llevando estas ( $M_{\text{tiempocuidador}} = 4,38$ ,  $SD_{\text{tiempocuidador}} = 7,67$ ) dicho rol a cabo durante más años que los participantes varones ( $M_{\text{tiempocuidador}} = 2,32$ ,  $SD_{\text{tiempocuidador}} = 6,13$ ).

**Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra según el sexo.**

		Total (N= 146)		Hombres (N= 31)		Mujeres (N= 115)		
		M (%)	SD	M (%)	SD	M (%)	SD	<i>p</i>
Edad (años)		72,1	6,69	74,5	6,01	71,5	6,74	0,026
Estado civil	Soltero/a	4,1%		3,2%		4,3%		0,033
	Casado/a	58,2%		80,6%		52,2%		
	Separado/a	3,4%		3,2%		3,5%		
	Viudo/a	34,2%		12,9%		40,0%		
Nivel educativo	Sin Estudios	16,4%		16,1%		16,5%		0,146
	Estudios Primarios	50,7%		35,5%		54,8%		
	Estudios Secundarios	15,8%		19,4%		14,8%		
	Estudios Superiores	17,1%		29,0%		13,9%		
Pensión de jubilación	< 847,52 €	61,0%		6,5%		75,7%		< 0,001
	847,52 - 966,75 €	1,4%		3,2%		0,9%		
	> 966,75 €	37,7%		90,3%		23,5%		
	Sin conocimiento	–		–		–		
Profesión	Agricultura	2,7%		–		3,5%		< 0,001
	Industria	17,8%		64,5%		5,2%		
	Servicios	63,0%		35,5%		70,4%		
	Ama de casa	16,4%		–		20,9%		
Edad de jubilación		61,7	4,28	61,3	5,83	62	3,08	0,849
Nº hijos		2,25	1,07	2,19	0,95	2,26	1,1	0,801
Nº nietos		2,25	2,05	2,23	2	2,26	2,07	0,973
Lugar de nacimiento	CAPV	40,4%		38,7%		40,9%		0,828
	Fuera de CAPV	59,6%		61,3%		59,1%		
Actividades <sup>a</sup>	Sí	92,5%		77,4%		96,5%		< 0,001
	No	7,5%		22,6%		3,5%		
Nº actividades		2,34	1,49	1,55	1,41	2,56	1,45	< 0,001
Religiosidad	Si	45,2%		51,6%		43,5%		0,419
	No	54,8%		48,4%		56,5%		
Frecuencia de práctica religiosa	Nunca	54,8%		48,4%		56,5%		0,677
	1 vez /semana	38,4%		45,2%		36,5%		
	2-3 veces/semana	6,8%		6,5%		7,0%		
Nº fármacos		2,99	2,7	2,94	2,35	3,01	2,8	0,661
Nº enfermedades crónicas		2,22	1,75	2,26	1,59	2,21	1,79	0,561
Altura (m)		1,59	0,08	1,68	0,08	1,57	0,06	< 0,001
Peso (kg)		69,8	11,8	78,5	10,7	67,5	10,9	< 0,001
IMC		27,6	4,05	28	3,15	27,5	4,26	0,474

**Tabla 7** (Continuación)

Cuidador/a de algún familiar	Si	50,7%	25,8%	57,4%	0,002			
	No	49,3%	74,2%	42,6%				
Tiempo como cuidador/a (años)		3,95	7,4	2,32	6,13	4,38	7,67	0,006
Patología psiquiátrica/neurológica	Sí	23,3%	16,1%	25,2%	0,208			
	No	76,7%	83,9%	74,8%				

Nota. N° = Número; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco; IMC = Índice de masa corporal.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los Centros Sociales. Varios ejemplos son psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas.

La puntuación media del CENVE obtenida por los participantes del estudio fue de 34,27 (SD = 6,41). Tomando en cuenta la estructura trifactorial de dicho cuestionario, las puntuaciones obtenidas en cada factor fueron las siguientes: 10,86 (SD = 2,32) en el Factor I: Salud, 11,62 (SD = 2,66) en el Factor II: Motivacional-Social y 11,78 (SD = 2,57) en el Factor III: Carácter-Personalidad. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos ( $p = 0,603$ ).

No obstante, al contrario del CENVE, hubo más asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo y varias de las pruebas/cuestionarios realizados por las personas mayores del estudio (ver [Tabla 8](#)). Los hombres reportaron una mayor autonomía en las AIVD ( $p = 0,001$ ), más fuerza en la mano derecha ( $p < 0,001$ ) y en la izquierda ( $p < 0,001$ ), una mejor condición física en EEII según el SPPB ( $p = 0,01$ ), más equilibrio ( $p = 0,09$ ), necesidad de menos tiempo para 5 repeticiones de silla ( $p = 0,018$ ), menor fragilidad social ( $p = 0,036$ ), un mejor estado psicoafectivo según la EADG ( $p = 0,008$ ), menos síntomas depresivos ( $p = 0,001$ ) y una mejor calidad de vida ( $p = 0,001$ ) que las mujeres.

**Tabla 8. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en las escalas y cuestionarios utilizados para evaluar la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento y variables clínicas, físicas, psicológicas y sociales según el sexo.**

	Total (N=146)		Hombres (N=31)		Mujeres (N=115)		<i>p</i>
	M (%)	SD	M (%)	SD	M (%)	SD	
<b>Estereotipos del envejecimiento</b>							
CENVE	34,27	6,41	34,16	5,39	34,3	6,67	0,603
Factor I: Salud	10,86	2,32	11	2,24	10,83	2,34	0,983
Factor II: Motivacional-Social	11,62	2,66	11,06	2,56	11,77	2,67	0,195
Factor III: Carácter-Personalidad	11,78	2,57	12,1	2,27	11,7	2,64	0,491
<b>Autonomía, funcionalidad y fragilidad</b>							
Barthel	98,66	3,07	99,19	1,87	98,52	3,31	0,434
Lawton & Brody	7,85	0,48	7,61	0,72	7,91	0,36	0,001

**Tabla 8** (Continuación)

Categorías Lawton & Brody							0,003
Dependencia total (0-1)	–	–	–	–	–	–	
Dependencia severa (2-3)	–	–	–	–	–	–	
Dependencia moderada (4-5)	1,4%		3,2%		0,9%		
Dependencia leve (6-7)	10,3%		25,8%		6,1%		
Autónomo/a (8)	88,4%		71,0%		93,0%		
Dinamometría Manual (mano derecha)	24,18	8,64	35,68	9,33	21,08	5,14	< 0,001
Dinamometría Manual (mano izquierda)	22,98	8,1	34,19	8,64	19,96	4,51	< 0,001
SPPB	10,85	1,5	11,39	0,84	10,7	1,61	0,01
Equilibrio	3,88	0,55	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	3,84	0,62	0,09
Velocidad de la marcha (m/s)	2,24	0,44	2,3	0,49	2,23	0,42	0,376
Silla (s)	12,3	3,34	11,2	2,96	12,6	3,38	0,018
Categorías SPPB							0,482
Limitación severa (0-3)	0,7%		–		0,9%		
Limitación moderada (4-6)	0,7%		–		0,9%		
Limitación leve (7-9)	9,6%		3,2%		11,3%		
Limitación mínima (10-12)	89,0%		96,8%		87,0%		
Tilburg	3,48	2,8	2,58	2,11	3,72	2,93	0,078
Fragilidad física	1,69	1,82	1,35	1,68	1,78	1,85	0,263
Fragilidad psicológica	1,08	1,06	0,77	0,76	1,16	1,11	0,129
Fragilidad social	0,71	0,71	0,45	0,51	0,78	0,75	0,036
Categorías Tilburg							0,123
No fragilidad (0-5)	76,7%		87,1%		73,9%		
Fragilidad (5 o más)	23,3%		12,9%		26,1%		
<b>Variables cognitivas/psicoafectivas y calidad de vida</b>							
MEC	32,72	2,03	32,45	1,86	32,79	2,07	0,232
EADG	3,77	4,51	1,74	2,41	4,32	4,78	0,008
EADG ansiedad	2,41	2,77	1,45	1,84	2,67	2,93	0,064
EADG depresión	1,36	2,16	0,29	0,94	1,65	2,3	0,001
COOP/WONCA	19,7	4,6	17,55	3,22	20,28	4,75	0,001
<b>Variables sociales</b>							
De Jong Gierveld	2,91	2,33	2,84	2,15	2,93	2,38	0,969

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; SPPB = Short Physical Performance Battery; MEC = Mini-Examen Cognoscitivo; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>La variable SPPB equilibrio es constante.

### 2.3.2.2. Prueba de normalidad

Tal y como se ilustra en la [Tabla 9](#), para estudiar la normalidad de las variables a estudio se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

Por un lado, únicamente 4 variables resultaron ser paramétricas o normales ( $p > 0,05$ ): edad ( $Z = 0,056$ ,  $p = 0,2$ ), altura ( $Z = 0,074$ ,  $p = 0,05$ ), IMC ( $Z = 0,057$ ,  $p = 0,2$ ) y velocidad de la marcha ( $Z = 0,063$ ,  $p = 0,2$ ). Por otro lado, siendo la variable dependiente de este estudio no paramétrica (CENVE) ( $Z = 0,107$ ,  $p < 0,001$ ), se seleccionó la siguiente metodología estadística para analizar la relación de esta con

distintas variables independientes: correlaciones bivariadas Rho de Spearman para analizar la relación entre el CENVE y variables independientes numéricas, U de Mann Whitney para estudiar la relación entre el CENVE y variables categóricas dicotómicas y Kruskal-Wallis para hacer lo propio con variables categóricas de más de 2 categorías. En estas últimas, para establecer la relación entre categorías, se empleó U de Mann Whitney con las distintas combinaciones de categorías.

**Tabla 9. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov.**

	Z	p
CENVE TOTAL	0,107	< 0,001
Edad	0,056	0,2
Edad de jubilación	0,19	< 0,001
Nº hijos	0,217	< 0,001
Nº nietos	0,172	< 0,001
Nº actividades <sup>a</sup>	0,187	< 0,001
Nº fármacos	0,211	< 0,001
Nº enfermedades crónicas	0,187	< 0,001
Altura (m)	0,074	0,05
Peso (kg)	0,102	0,001
IMC	0,057	0,2
Tiempo como cuidador/a (años)	0,297	< 0,001
Lawton & Brody	0,508	< 0,001
Dinamometría manual (mano derecha)	0,147	< 0,001
Dinamometría manual (mano izquierda)	0,151	< 0,001
SPPB	0,245	< 0,001
Equilibrio	0,52	< 0,001
Velocidad de la marcha (m/s)	0,063	0,2
Silla (s)	0,102	0,001
Tilburg	0,177	< 0,001
Fragilidad física	0,237	< 0,001
Fragilidad psicológica	0,236	< 0,001
Fragilidad social	0,279	< 0,001
EADG	0,224	< 0,001
EADG ansiedad	0,27	< 0,001
EADG depresión	0,387	< 0,001
COOP/WONCA	0,152	< 0,001
De Jong Gierveld	0,146	< 0,001

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos de la Vejez; Nº = Número; IMC = Índice de masa corporal; SPPB = Short Physical Performance Battery; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociales. Varios ejemplos son psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas.

### 2.3.2.3. Correlaciones bivariadas entre las variables a estudio y el CENVE

El estudio de correlaciones bivariadas entre estereotipos negativos del envejecimiento y variables independientes numéricas de índole multidimensional (sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales) es representado en la [Tabla 10](#).

Tal y como puede observarse en dicha tabla, concretamente en la muestra total, las personas mayores que presentaron más estereotipos negativos del envejecimiento, y por tanto, una puntuación del CENVE más elevada, fueron las siguientes: las más mayores ( $r = 0,272, p = 0,001$ ), jubiladas a mayor edad ( $r = 0,202, p = 0,065$ ), que tenían más nietos ( $r = 0,207, p = 0,012$ ), que tomaban más fármacos ( $r = 0,332, p < 0,001$ ), que refirieron más enfermedades crónicas ( $r = 0,212, p = 0,010$ ), con una menor estatura ( $r = -0,175, p = 0,034$ ) y un mayor IMC ( $r = 0,197, p = 0,017$ ), que ejercieron más años como cuidador/a ( $r = 0,255, p = 0,002$ ), que tenían menos autonomía en las IADL ( $r = -0,141, p = 0,089$ ), menos fuerza en la mano derecha ( $r = -0,231, p = 0,005$ ) e izquierda ( $r = -0,182, p = 0,028$ ), las que registraron una menor velocidad de la marcha ( $r = -0,318, p < 0,001$ ) y requirieron más tiempo para levantarse 5 veces de una silla ( $r = 0,189, p = 0,023$ ), las más frágiles ( $r = 0,344, p < 0,001$ ), ya sea física ( $r = 0,328, p < 0,001$ ), psicológica ( $r = 0,250, p = 0,002$ ) o socialmente ( $r = 0,189, p = 0,022$ ), las que presentaron un peor estado psicoafectivo según la EADG ( $r = 0,407, p < 0,001$ ), una mayor sintomatología ansiosa ( $r = 0,408, p < 0,001$ ) y depresiva ( $r = 0,384, p < 0,001$ ), las que reportaron una peor calidad de vida ( $r = 0,374, p < 0,001$ ) y las que refirieron mayores niveles de soledad ( $r = 0,301, p < 0,001$ ).

En la muestra de hombres, los varones más mayores ( $r = 0,526, p = 0,002$ ), con más enfermedades crónicas ( $r = 0,314, p = 0,085$ ), con menos fuerza en la mano derecha ( $r = -0,304, p = 0,096$ ), con menos velocidad de la marcha ( $r = -0,414, p = 0,020$ ), más frágiles ( $r = 0,464, p = 0,008$ ), especialmente en el apartado físico ( $r = 0,428, p = 0,016$ ), con peor estado psicoafectivo según la EADG ( $r = 0,323, p = 0,076$ ) y con mayor sintomatología depresiva ( $r = 0,514, p = 0,003$ ) fueron los que más estereotipos negativos del envejecimiento presentaron.

Tal y como sucede en la muestra total, en el caso de las mujeres, un elevado número de variables se asoció significativamente a una mayor presencia de estereotipos negativos del envejecimiento: mayor edad ( $r = 0,226, p = 0,015$ ), edad de jubilación más tardía ( $r = 0,274, p = 0,047$ ), mayor número de nietos ( $r = 0,197, p = 0,035$ ), participación en más actividades ( $r = 0,174, p = 0,063$ ), más fármacos ( $r =$

0,349,  $p < 0,001$ ), más enfermedades crónicas ( $r = 0,196$ ,  $p = 0,036$ ), menor altura ( $r = -0,206$ ,  $p = 0,027$ ), mayor IMC ( $r = 0,225$ ,  $p = 0,015$ ), más años ejercidos como cuidadora ( $r = 0,262$ ,  $p = 0,005$ ), mayor fuerza en la mano derecha ( $r = -0,266$ ,  $p = 0,004$ ) e izquierda ( $r = -0,195$ ,  $p = 0,037$ ), menos velocidad de la marcha ( $r = -0,308$ ,  $p = 0,001$ ), más tiempo requerido para realizar 5 repeticiones en la prueba de la silla ( $r = 0,180$ ,  $p = 0,055$ ), mayor fragilidad ( $r = 0,332$ ,  $p < 0,001$ ), incluyendo los aspectos físico ( $r = 0,313$ ,  $p = 0,001$ ), psicológico ( $r = 0,258$ ,  $p = 0,005$ ) y social ( $r = 0,197$ ,  $p = 0,035$ ) de la misma, peor estado psicoafectivo según la EADG ( $r = 0,418$ ,  $p < 0,001$ ), más síntomas de ansiedad ( $r = 0,428$ ,  $p < 0,001$ ) y de depresión ( $r = 0,369$ ,  $p < 0,001$ ), peor calidad de vida ( $r = 0,400$ ,  $p < 0,001$ ) y mayor soledad referida ( $r = 0,306$ ,  $p = 0,001$ ).

**Tabla 10. Correlaciones bivariadas entre los estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y variables sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales según el sexo.**

	Total (N=146)	Hombres (N=31)	Mujeres (N=115)
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Edad	0,272**	0,526**	0,226*
Edad de jubilación	0,202*	0,097	0,274*
Nº hijos	0,107	-0,092	0,14
Nº nietos	0,207*	0,214	0,197*
Nº actividades <sup>a</sup>	0,109	-0,111	0,174*
Nº fármacos	0,332***	0,28	0,349***
Nº enfermedades crónicas	0,212*	0,314*	0,196*
Altura (m)	-0,175*	-0,091	-0,206*
Peso (kg)	0,054	-0,031	0,109
IMC	0,197*	0,042	0,225*
Tiempo como cuidador/a (años)	0,255**	0,135	0,262**
Lawton & Brody	-0,141*	-0,259	-0,138
Dinamometría manual (derecha)	-0,231**	-0,304*	-0,266**
Dinamometría manual (izquierda)	-0,182*	-0,246	-0,195*
SPPB	-0,097	-0,148	-0,068
Equilibrio	0,082	-	0,094
Velocidad de la marcha (m/s)	-0,318***	-0,414*	-0,308**
Silla (s)	0,189*	0,22	0,180*
Tilburg	0,344***	0,464**	0,332***
Fragilidad física	0,328***	0,428*	0,313**
Fragilidad psicológica	0,250**	0,221	0,258**
Fragilidad social	0,189*	0,117	0,197*

**Tabla 10** (Continuación)

EADG	0,407***	0,323*	0,418***
EADG ansiedad	0,408***	0,277	0,428***
EADG depresión	0,384***	0,514**	0,369***
COOP/WONCA	0,374***	0,243	0,400***
De Jong Gierveld	0,301***	0,287	0,306**

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos de la Vejez; N° = Número; IMC = Índice de masa corporal; SPPB = Short Physical Performance Battery; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociales. Varios ejemplos son psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas.

\* $p < 0,1$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

#### 2.3.2.4. Diferencias en el CENVE entre variables cualitativas

En la muestra total, las personas mayores con estudios superiores mostraron una mejor percepción del envejecimiento que aquellos/as sin estudios ( $U = 63,500$ ,  $p < 0,001$ ), con estudios primarios ( $U = 288$ ,  $p < 0,001$ ) y con estudios secundarios ( $U = 132$ ,  $p = 0,001$ ). En cuanto a la pensión de jubilación, los participantes situados/as en la categoría económica más elevada ( $> 966,75$  €) refirieron menos estereotipos negativos del envejecimiento que los que formaban parte de la categoría económica menos favorecida ( $< 847,52$  €) ( $U = 1882$ ,  $p = 0,020$ ). Las personas mayores que nacieron en la CAPV mostraron una visión del envejecimiento más positiva que aquellos/as que nacieron fuera de la misma ( $U = 1607,500$ ,  $p < 0,001$ ). Al mismo tiempo, las personas mayores que se consideraban religiosas reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento que las que no ( $U = 2130$ ,  $p = 0,044$ ), siendo los/as que acudían 1 vez a la semana a misa los/as que mostraron una peor percepción del envejecimiento que los/as que no acudían a la celebración de la palabra ( $U = 1745,500$ ,  $p = 0,028$ ). A su vez, las personas con patología psiquiátrica/neurológica refirieron más estereotipos negativos del envejecimiento que los que no padecían patologías de esta índole ( $U = 1544$ ,  $p = 0,095$ ). Para terminar con la muestra total, aquellos/as mayores de la categoría frágil mostraron una visión más estereotipada del envejecimiento que los/as mayores que no eran consideradas como frágiles ( $U = 1136$ ,  $p < 0,001$ ).

En el caso de los hombres, no hubo ninguna variable independiente categórica que se asociase a la puntuación obtenida en el CENVE.

Las mujeres con estudios superiores reportaron una visión más positiva del envejecimiento que aquellas sin estudios ( $U = 14,500$ ,  $p < 0,001$ ), con estudios

primarios ( $U = 100,500$ ,  $p < 0,001$ ) y con estudios secundarios ( $U = 54,500$ ,  $p = 0,003$ ). Junto a lo anterior, las participantes con estudios secundarios también lograron puntuaciones más bajas del CENVE en comparación a las que no tenían estudios ( $U = 93,500$ ,  $p = 0,031$ ). Las participantes con una pensión de jubilación de  $> 966,75$  € refirieron menos estereotipos negativos del envejecimiento que los situados en la categoría económica más baja, es decir, los que recibían  $< 847,52$  € mensuales ( $U = 852$ ,  $p = 0,031$ ). Al igual que sucede en la muestra total, las mujeres que nacieron en la CAPV percibieron mejor el envejecimiento que aquellas que vivían fuera ( $U = 938$ ,  $p < 0,001$ ). Esto se repite en el caso de la religión, donde las mujeres que se consideraban a ellas mismas religiosas presentaban más estereotipos negativos del envejecimiento que las que no se consideraban como tal ( $U = 1237,500$ ,  $p = 0,028$ ), y en la frecuencia de práctica religiosa, siendo las que no acudían a misa las que tenían una visión más positiva del proceso de envejecer que las que lo hacen 1 vez a la semana ( $U = 1016,500$ ,  $p = 0,026$ ). Las mujeres que habían ejercido como cuidadoras en el pasado refirieron más estereotipos negativos que las que no ( $U = 1128$ ,  $p = 0,006$ ). Por último, las mujeres consideradas como frágiles reportaron una percepción del envejecimiento más negativa que las no frágiles ( $U = 750$ ,  $p = 0,001$ ).

El análisis de la relación entre la percepción del envejecimiento y las variables categóricas anteriormente citadas queda reflejado en la [Tabla 11](#).

**Tabla 11. Relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y variables categóricas sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales.**

		Total (N=146)			Hombres (N=31)			Mujeres (N=115)		
		M	(SD)	<i>p</i>	M	(SD)	<i>p</i>	M	(SD)	<i>p</i>
Sexo	Hombre	34,16	5,39	0,603						
	Mujer	34,3	6,67							
Estado civil	Soltero/a	31,17	6,21	0,315	26	–	0,48	32,2	6,34	0,342
	Casado/a	34,22	7,04		34,32	5,75		34,18	7,56	
	Separado/a	30	7,18		36	–		28,5	7,33	
	Viudo/a	35,14	4,95		34,75	1,5		35,17	5,15	
Nivel educativo	Sin Estudios	36,58*	4,19	< 0,001	33,8	4,32	0,182	37,32*	3,95	< 0,001
	Estudios Primarios	35,88*	5,88		35,55	7,13		35,94*	5,7	
	Estudios Secundarios	33,87*	6,16		36,17	2,64		33,06*	6,88	
	Estudios Superiores	27,64*	5,65		31,33	4,12		25,56*	5,4	
Pensión de jubilación	< 847,52 €	35,2*	5,64	0,045	37,5	0,71	0,253	35,15*	5,7	0,083
	847,52 – 966,75 €	37,5	0,71		37	–		38	–	
	> 966,75 €	32,64*	7,33		33,82	5,57		31,41*	8,74	
	Sin conocimiento	–	–		–	–		–	–	

**Tabla 11** (Continuación)

Profesión	Agricultura	37,25	5,85	0,463	–	–	0,589	37,25	5,85	0,557
	Industria	34,35	6,16		34,2	4,94		34,83	9,83	
	Servicios	33,78	6,71		34,09	6,4		33,74	6,79	
	Ama de casa	35,54	5,54		–	–		35,54	5,54	
Lugar de nacimiento	En la CAPV	31,85	7,12	< 0,001	33,75	6,09	0,297	31,36	7,34	< 0,001
	Fuera de la CAPV	35,91	5,31		34,42	5,06		36,32	5,35	
Actividades <sup>a</sup>	Sí	34,3	6,48	0,856	34,21	5,57	0,981	34,32	6,68	0,976
	No	33,91	5,68		34	5,13		33,75	7,41	
Religiosidad	Sí	35,5	6,09	0,044	34,5	5,83	0,984	35,82	6,19	0,028
	No	33,25	6,52		33,8	5,06		33,12	6,84	
Frecuencia de práctica religiosa	Nunca	33,25*	6,52	0,076	33,8	5,06	0,433	33,12	6,84	0,074
	1 vez/semana	35,73*	6,28		35,14	5,76		35,93	6,5	
	2-3 veces/semana	34,2	4,92		30	5,66		35,25	4,5	
Cuidador/a de algún familiar	Sí	35,57	6,5	0,004	35,38	6,84	0,666	35,59	6,51	0,006
	No	32,93	6,07		33,74	4,9		32,55	6,55	
Patología psiquiátrica/neurológica	Sí	35,38	7,89	0,095	37,8	8,29	0,223	34,97	7,89	0,245
	No	33,93	5,88		33,46	4,55		34,07	6,25	
Categorías SPPB	Limitación severa (0-3)	20	–	0,277	–	–	0,822	20	–	0,289
	Limitación moderada (4-6)	31	–		–	–		31	–	
	Limitación leve (7-9)	35,14	6,87		34	–		35,23	7,14	
	Limitación mínima (10-12)	34,31	6,3		34,17	5,48		34,3	6,54	
Categorías Tilburg	No fragilidad (0-5)	33,31	6,3	< 0,001	33,81	5,61	0,313	33,15	6,53	0,001
	Fragilidad (5 o más)	37,41	5,79		36,5	3,11		37,53	6,08	

Nota. CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; SPPB = Short Physical Performance Battery; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociales. Varios ejemplos son psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas.

\*Análisis de la inferencia entre categorías a través de U de Mann-Whitney: Las diferencias eran significativas con  $p < 0,05$ .

### 2.3.2.5. Modelo lineal generalizado

El modelo lineal generalizado resultante del estudio es descrito en la [Tabla 12](#).

En primer lugar, a la hora de referirse a la muestra total, las personas de mayor edad ( $\beta = 0,285$ ,  $p = 0,027$ ) fueron las que más estereotipos negativos del envejecimiento mostraron. En lo que concierne al nivel de estudios, las personas mayores con estudios superiores presentaron una percepción más positiva del envejecimiento que las que no tenían estudios ( $\beta = 5,175$ ,  $p = 0,029$ ), tenían estudios primarios ( $\beta = 5,890$ ,  $p = 0,002$ ) y secundarios ( $\beta = 6,776$ ,  $p < 0,001$ ). La pensión de jubilación recibida mensualmente también se asoció significativamente a la percepción del envejecimiento, refiriendo los participantes que recibían una pensión de jubilación de  $> 966,75$  € una visión del envejecimiento menos estereotipada que las

personas mayores que recibían la pensión de jubilación más baja ( $< 847,52 \text{ €}$ ) ( $\beta = -3,695, p = 0,015$ ). El lugar de nacimiento fue otra de las variables sociodemográficas que presentó una relación estadísticamente significativa con la visión del envejecimiento, siendo las personas mayores nacidas en la CAPV las que menos estereotipos reportaron ( $\beta = -3,549, p = 0,007$ ). A su vez, las personas mayores que cumplieron con el rol de cuidador/a mostraron una percepción del envejecimiento más negativa que los/as que no ejercieron dicho rol ( $\beta = 3,355, p = 0,014$ ). Para terminar con el modelo elaborado para la muestra total, al borde de la significación estadística, fueron los participantes que refirieron una peor calidad de vida, los/as que reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento ( $\beta = 0,447, p = 0,055$ ).

En el modelo de los hombres, fueron los varones más mayores ( $\beta = 0,713, p < 0,001$ ), con un mayor número de enfermedades crónicas ( $\beta = 0,834, p = 0,018$ ), menor fuerza en la mano derecha ( $\beta = 0,190, p = 0,016$ ) y con un peor estado psicoafectivo según la EADG ( $\beta = 1,259, p < 0,001$ ) los que más estereotipos negativos del envejecimiento presentaron.

En la muestra de mujeres, las mujeres con estudios superiores refirieron una visión del envejecimiento con menos estereotipos negativos que las que no tenían estudios ( $\beta = 17,353, p < 0,001$ ), tenían estudios primarios ( $\beta = 14,559, p < 0,001$ ) y secundarios ( $\beta = 12,532, p < 0,001$ ). Las mujeres que recibían la pensión de jubilación situada en la categoría económica más elevada ( $> 966,75 \text{ €}$ ) percibieron el envejecimiento de forma más positiva que su contraparte en la categoría que obtenía solo  $< 847,52 \text{ €}$  ( $\beta = -4,470, p = 0,016$ ). Tal y como sucede en la muestra total, las mujeres nacidas en la CAPV reportaron menos estereotipos negativos del envejecimiento que las nacidas fuera de la misma ( $\beta = -4,074, p = 0,012$ ). Para finalizar, las participantes que refirieron una peor calidad de vida lograron puntuaciones más elevadas del CENVE, y por tanto, más estereotipos negativos del envejecimiento ( $\beta = 0,793, p = 0,003$ ).

**Tabla 12. Resultados del modelo lineal generalizado sobre el análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y variables sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales según el sexo.**

		Muestra Total (N= 146)		Hombres (N= 31)		Mujeres (N= 115)	
		$\beta$	$p$	$\beta$	$p$	$\beta$	$p$
Edad		0,285	0,027	0,713	<0,001	-0,063	0,811
Nivel educativo	Sin Estudios	5,175	0,029	-	-	17,353	<0,001
	Estudios Primarios	5,890	0,002	-	-	14,559	<0,001
	Estudios Secundarios	6,776	<0,001	-	-	12,532	<0,001
	Estudios Superiores	Ref,		-	-	Ref,	

**Tabla 12** (Continuación)

Pensión de jubilación	< 847,52 €	-	0,015	-	-	-4,470	0,016
	847,52 - 966,75 €	3,695	0,334	-	-	4,956	0,480
	> 966,75 €	Ref,		-	-	Ref,	
Edad de jubilación		0,148	0,346	-	-	0,142	0,582
Nº nietos		-	0,980	-	-	-0,042	0,908
Lugar de nacimiento	En la CAPV	-	0,007	-	-	-4,074	0,012
	Fuera de la CAPV	3,549		-	-	Ref,	
Nº actividades <sup>a</sup>		-	-	-	-	0,034	0,958
Religiosidad	Sí	-	0,853	-	-	2,372	0,160
	No	0,238		-	-	Ref,	
Nº fármacos		0,126	0,630	-	-	-0,185	0,608
Nº Enfermedades crónicas		-	-	0,834	0,018	-	-
IMC		-	0,378	-	-	-0,023	0,899
Cuidador/a de algún familiar	Sí	0,145	0,014	-	-	2,601	0,139
	No	3,355		-	-	Ref,	
Lawton & Brody		-	0,312	-	-	-	-
Dinamometría manual (derecha)		1,223	0,444	0,190	0,016	-0,004	0,991
Dinamometría manual (izquierda)		-	0,750	-	-	-0,241	0,456
Velocidad de la marcha (m/s)		0,063	0,542	-	0,910	3,403	0,167
Silla (s)		1,071	0,865	0,142	-	-0,202	0,399
Tilburg		0,034	-	0,020	0,953	-	-
Categorías Tilburg	No fragilidad (0-5)	-	0,191	-	-	2,117	0,416
	Fragilidad (5 o más)	2,674		-	-	Ref,	
EADG		-	-	1,259	<0,001	-	-
EADG ansiedad		0,209	0,529	-	-	-0,503	0,180
EADG depresión		0,494	0,237	-	-	0,470	0,343
COOP/WONCA		0,447	0,055	-	-	0,793	0,003
De Jong Gierveld		-	0,694	-	-	-0,530	0,184

Nota. CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; Nº = Número; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco; IMC = Índice de masa corporal; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociales. Varios ejemplos son psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas.

Ref.: Categoría de Referencia.

### 2.3.3. Discusión

El presente estudio, desde su planteamiento hasta su realización, ha tenido como principal objetivo analizar la asociación entre la percepción del envejecimiento y diversas variables multidimensionales (físicas, psicológicas y sociales) en una muestra de personas mayores que viven en sus hogares y acuden a distintos centros sociales para realizar actividades.

Después de elaborar distintos modelos para explicar la percepción del envejecimiento de la muestra objeto de estudio, se contemplaron 3 modelos diferentes, uno para la muestra total y otro para cada sexo. En primer lugar, en la muestra total, las personas más jóvenes, con estudios superiores (en comparación a personas mayores sin estudios, con estudios primarios y estudios secundarios), con una pensión de jubilación mensual de  $> 966,75$  € (comparándolos con los/as que recibían  $< 847,52$  €), que nacieron en la CAPV, que no ejercieron como cuidadores/as y que referían una mejor calidad de vida presentaron menos estereotipos negativos del envejecimiento. En el caso de los hombres, los más jóvenes, con menos enfermedades crónicas, más fuerza en la mano derecha y con un mejor estado psicoafectivo según la EADG fueron los que presentaron una percepción más positiva del envejecimiento. Por último, las mujeres con estudios superiores (comparándolas con las que no tenían estudios, tenían estudios primarios y estudios secundarios), con la pensión de jubilación más elevada ( $> 966,75$  €) (en comparación con las que recibían la más baja, es decir,  $< 847,52$  €), que nacieron en la CAPV y que reportaron una mejor calidad de vida, refirieron menos estereotipos negativos del envejecimiento.

Tanto en la muestra total como en la compuesta solamente por hombres, la edad se asoció significativamente a la percepción del envejecimiento, siendo los sujetos de mayor edad los que mostraron una visión del envejecimiento más negativa. Esto coincide con la mayoría de trabajos de la bibliografía (Freeman et al., 2016; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009b; Shin et al., 2019). Muy pocos estudios reportan lo contrario (Hooker et al., 2019; Levy et al., 2014; Parish et al., 2019; Wilson et al., 2019), habiendo también estudios que indican la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables (Ayalon, 2018; Castellano, 2014; Duran-Badillo et al., 2016; Numbers et al., 2019; Nunes et al., 2018). Diversos autores coinciden en que el proceso de envejecer es percibido como un periodo de pérdidas, asociándose a este, términos como la enfermedad, la discapacidad, la fragilidad, la inactividad y/o inutilidad etc. (Butler, 1969; Palmore, 1999). Aun sabiendo que estas características no son generalizables y que en realidad son estereotipos negativos del envejecimiento, existen condiciones vinculadas a este tipo de discriminación que podrían explicar la percepción más negativa del envejecimiento a mayor edad, siempre ciñéndose a la objetividad y al rigor empírico de los estudios de los que se dispone en la bibliografía actualmente. Un buen ejemplo de ello es la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la discapacidad en el colectivo de personas mayores. Sin ir más lejos, según el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2019), en la ESCAV18, un 42% de los hombres y 43% de las mujeres de la CAPV padecían alguna enfermedad crónica, viéndose estos porcentajes

incrementados al 80% en personas de 65 años o más y al 90% en las de 75 años o más. Este mismo informe también indica que la limitación crónica de la actividad aumenta considerablemente con la edad, siendo la prevalencia de la misma en la población general del 9% en hombres y 9% en mujeres, mientras que en los grupos de mayor edad, en este caso > 75 años, estas ascienden al 26% en hombres y 36% en mujeres.

A pesar del envejecimiento demográfico de la población, y por lo tanto, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad descritos anteriormente, es destacable que en el año 2017 en España, el 74% de la población describió su salud como buena o muy buena, si bien la percepción positiva de la propia salud también decae con la edad, pasando de una valoración media de 94 en el grupo de edad de 5-14 años a una de 54,7 en el grupo de 75 años o más (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). Diversos estudios en la literatura han confirmado que las personas mayores que padecen discriminación por edad tienen una autopercepción de la salud más negativa (Coudin & Alexopoulos, 2010; Jackson et al., 2019). Al de 6 años, este segundo estudio concluyó que esas personas mayores que refirieron padecer discriminación por edad vieron su autopercepción de la salud aún más deteriorada, por lo que la percepción de la propia salud también sería un factor a considerar en cuanto a la relación de la edad con estereotipos negativos del envejecimiento, y más tomando en cuenta la SET (Levy, 2009) (ver el apartado 1.4.1.3.2.). Esta teoría explica como los estereotipos del envejecimiento son adquiridos inconscientemente a edades tempranas y se van reforzando con el paso de los años, siendo aceptados por las personas mayores y adoptando conductas acorde a estos, pudiendo traducirse esto en comportamientos poco saludables para la salud y viéndose también así perjudicada la misma (Allen, 2016; Dionigi, 2015; Hooker et al., 2019; Levy & Myers, 2004; Nelson, 2016; Portal Mayores, 2012). Al no haber consenso sobre la relación entre la percepción del envejecimiento y la edad, sería de gran interés elaborar múltiples trabajos en el futuro que explicasen dicha relación.

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción del envejecimiento y el sexo. Varios estudios coinciden con este trabajo en cuanto a la variable sexo (Duran-Badillo et al., 2016; León et al., 2015; Nunes et al., 2018; Palmore, 1980; Villar & Triadó, 2000), pero en su mayoría predominan los trabajos en los que las mujeres presentan más estereotipos negativos del envejecimiento (Ayalon, 2018; Castellano & de Miguel, 2010; Castellano, 2014; Palmore, 2001; Sánchez et al., 2009b; Sanhueza, 2014).

El nivel educativo ha sido una de las variables a estudio que más veces se ha asociado significativamente a la percepción del envejecimiento a lo largo de la literatura.

En este estudio, concretamente en la muestra total y en mujeres, aquellos/as que tenían estudios superiores reportaron una visión del envejecimiento más positiva que los que no tenían estudios o tenían estudios primarios y secundarios. Al igual que sucede con este estudio, la totalidad de los trabajos disponibles en la bibliografía coinciden que las personas mayores con una mayor formación académica presentan una visión del envejecimiento más realista y positiva (Castellano, 2014; Freeman et al., 2016; Lasagni et al., 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014). Independientemente del grado académico, la infusión de conocimientos sobre el envejecimiento ha resultado ser eficaz a la hora de mejorar la percepción del envejecimiento en personas jóvenes, especialmente estudiantes universitarios y profesionales sociosanitarios (medicina, enfermería, psicología, trabajo social etc.) (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Chang et al., 2020; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Godoy et al., 2017; Kagan & Melendez-Torres, 2015; León et al., 2015; Lucchetti et al., 2017; Makris et al., 2015; Ragan & Bowen, 2001; Sarabia & Castanedo, 2015; Shima et al., 2016). A través de una revisión sistemática, Chonody (2015) refirió que el 89% de las intervenciones centradas únicamente en cursos de envejecimiento sobre conocimientos del proceso de envejecer y personas mayores lograron cambiar la visión del envejecimiento de sus alumnos a mejor. Otra revisión sistemática posterior indicó que el contacto intergeneracional sin combinar o combinado con otro tipo de metodología (por ejemplo, cursos sobre envejecimiento y personas mayores) mostró efectos positivos más fuertes tanto en las actitudes como en el conocimiento sobre el envejecimiento, siendo esto destacable especialmente en mujeres, adolescentes y jóvenes adultos (Burnes et al., 2019). Pocas son las intervenciones enfocadas únicamente en muestras de personas mayores (Abrams et al., 2008; Herrera et al., 2010; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003).

Respecto a la pensión de jubilación mensual, los sujetos de la muestra total y en la compuesta únicamente por mujeres que recibían la pensión de jubilación más elevada (> 966,75 €) mostraron una visión del envejecimiento más positiva que las que recibían la pensión de < 847,52 € (la más baja). Esto es algo común en los trabajos previos a este, donde las personas menos afortunadas económicamente refieren un mayor número de estereotipos del envejecimiento (Lasagni et al., 2013; Sanhueza, 2014) y un mayor riesgo de padecer discriminación por edad (Ayalon, 2018; Hooker et al., 2019). La edad, el nivel educativo y el nivel socioeconómico son variables relacionadas estrechamente entre sí a la hora de estudiar la percepción del envejecimiento. He aquí un ejemplo: debido al contexto sociocultural de la época, la mayoría de personas de avanzada edad no tuvieron acceso a la educación superior, por lo que estas personas de media tendrían

retribuciones económicamente menores. Todas estas condiciones se asocian a una percepción del envejecimiento más negativa según los modelos elaborados, concretamente en la muestra total y en mujeres. A esta ecuación podría unirse la variable lugar de nacimiento. Según los resultados obtenidos en este trabajo, las personas nacidas en la CAPV refirieron menos estereotipos negativos del envejecimiento que los nacidos fuera de dicha comunidad autónoma. Tomando como ejemplo la premisa anteriormente mencionada (relación edad – nivel educativo – nivel socioeconómico), es relevante mencionar una particularidad sociocultural e histórica del territorio en el que se desarrolla este estudio: Bizkaia. España sufrió un éxodo rural entre los años 1951 y 1975. En esos años hubo múltiples migraciones internas desde el entorno rural hacia la ciudad y los núcleos industriales (Arroyo, 2003). Uno de esos destinos fue la CAPV. No hay estudios previos que justifiquen la relación entre la percepción del envejecimiento y el lugar de nacimiento, aun así, las personas que llegaron a la CAPV desde esos entornos rurales (menor accesibilidad a la educación y menor nivel adquisitivo) presumiblemente tenían un nivel educativo y socioeconómico menor que las familias instaladas en dicha comunidad autónoma desde el principio. Esto allanaría un escenario en el que los primeros presentasen más estereotipos negativos del envejecimiento que los segundos. Son necesarios futuros estudios que justifiquen la asociación entre estas 2 variables.

Los hombres que referían padecer un mayor número de enfermedades crónicas mostraron una visión más estereotipada del envejecimiento. Ya se ha comentado el aumento de la prevalencia de afecciones crónicas según pasan los años. En este sentido, varios autores confirman en sus respectivos trabajos la relación existente entre las enfermedades crónicas y los estereotipos del envejecimiento (Allen, 2016; Chang et al., 2020; Freeman et al., 2016; Jackson et al., 2019; Levy et al., 2020; Wurm et al., 2007). Según Freeman et al. (2016), al igual que en nuestro estudio, las personas mayores con más patologías crónicas mostraron un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento. La ya mencionada hipótesis de meteorización promovida por Geronimus (1992) podría ser de gran utilidad para debatir sobre el edadismo y la cronicidad. Según esta teoría, el estrés crónico acumulativo provocado por los estereotipos negativos del envejecimiento puede desencadenar problemas en la salud tales como enfermedades crónicas. Otras condiciones de salud crónicas citadas en la presente Tesis Doctoral, como la dependencia (Levy et al., 2002b; Levy & Myers, 2004; Moser et al., 2011; Robertson & Kenny, 2016a; Wolff et al., 2017; Wurm & Benyamini, 2014), la fragilidad (Buckinx et al., 2018; Gale & Cooper, 2018), la ansiedad (Freeman et al., 2016; Levy & Langer, 1994; Levy et al., 2014; Lyons et al., 2018) y la depresión (Ayalon, 2018; Freeman et al., 2016; Han & Richardson, 2015; Lyons et al., 2018; Shin et al., 2019; Sindi et al., 2012;

Worm & Benyamini, 2014), también se han asociado significativamente a los estereotipos negativos del envejecimiento a lo largo de la bibliografía, influyendo ambos de forma negativa entre sí.

En lo referente a la labor como cuidador/a informal, las personas mayores que afirmaban haber ejercido como cuidador/a de algún familiar enfermo o dependiente, mostraron una visión de envejecimiento más negativa que aquellos/as que no habían ejercido como tal. En la actualidad no se dispone de estudios que comparen la presencia de estereotipos propios del edadismo entre cuidadores/as informales y no-cuidadores/as, por lo que puede evidenciarse la limitada presencia que este colectivo tiene en el contexto que nos acontece. A la hora de abordar al cuidador/a informal, es necesario hacer mención de las difíciles condiciones que este colectivo padece para cuidar a sus mayores, a menudo con insuficiente formación y conocimientos, siendo un hándicap también la escasa atención que esos cuidadores/as tienen en el ámbito de la investigación de la discriminación por edad en comparación de los profesionales sanitarios. Varios estudios han confirmado la presencia de actitudes edadistas en los cuidadores informales (Shin et al., 2019; Wyman et al., 2019). Mientras que el primer estudio indicó que las actitudes edadistas se asociaron a experiencias edadistas y autopercepciones negativas del envejecimiento, el segundo asoció las actitudes más negativas a una peor percepción sobre la salud de las personas mayores a las que cuidaban. Actualmente, aunque haya reportado resultados positivos, no existe consenso respecto a la eficacia del contacto intergeneracional en el entorno familiar a la hora de hacer frente a la discriminación por edad (Abrams, et al., 2006). Menéndez et al. (2016) confirmaron esa falta de consenso, añadiendo que en el caso de haber mejorías en la percepción del envejecimiento, estas podrían haber sido por la formación específica sobre esa etapa de la vida que los familiares pudieran tener.

La relación entre la escasa formación de los cuidadores y una visión negativa del envejecimiento podría ser invalidada tomando como ejemplo la situación de los profesionales sociosanitarios en cuando al edadismo. Ha quedado patente que la discriminación por edad o edadismo está muy presente e influye negativamente al colectivo de trabajadores sociosanitarios, ya sean estudiantes universitarios (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Duran-Badillo et al., 2016; Godoy et al., 2017; León et al., 2015; Lucchetti et al., 2017; Ragan & Bowen, 2001; Sarabia & Castanedo, 2015; Shima et al., 2016) o profesionales sociosanitarios ya titulados (Eymard & Douglas, 2012; Franco et al., 2010; Kagan & Melendez-Torres, 2015; Makris et al., 2015), afectado esto a su formación académica y posterior desempeño profesional en la atención y cuidado de las personas mayores: formación sesgada en geriatría y gerontología,

información médica inadecuada al paciente y a la familia, infradiagnóstico, infratratamiento, exclusión en la investigación, negación al acceso a servicios sanitarios y tratamientos, etc. Chang et al., 2020; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Kagan & Melendez-Torres, 2015; León et al., 2015; Makris et al., 2015; Shima et al., 2016). A pesar de la formación académica específica en geriatría y gerontología, los profesionales sociosanitarios han mostrado percepciones, prejuicios y conductas edadistas, por lo que los/as cuidadores/as informales, en su mayoría sin ninguna formación al respecto y una mayor cercanía con las personas mayores, representan un colectivo de mayor riesgo de estar sometidos a este tipo de discriminación, viéndose afectadas también la atención y cuidados dirigidos a sus mayores.

Otro factor a tener en cuenta en los/as cuidadores informales es su carga de trabajo, ya que un estudio corroboró que los/as cuidadores/as informales con mayores cargas reportaron actitudes más negativas hacia el envejecimiento y las personas mayores (Loi et al., 2015). Los/as cuidadores/as informales se antojan como un colectivo de gran trascendencia en la lucha del edadismo, ya que en una sociedad en la que cada vez hay más personas mayores, es previsible que la demanda de cuidados sufra también un importante aumento, por lo que para hacer frente a esa demanda de forma digna y sin prejuicios, es necesario ofrecer una formación específica y de calidad a los/as cuidadores/as del núcleo familiar, ya que en primera instancia, ellos/as serán los encargados/as de las personas mayores dependientes o enfermas en el hogar. Las intervenciones enfocadas en la información sobre el envejecimiento (cursos), la exposición directa (contacto intergeneracional), exposición indirecta (documentales, videos) u la combinación de estas técnicas han resultado ser eficaces a la hora de mejorar la percepción del envejecimiento en personas jóvenes, estudiantes y profesionales sociosanitarios, por lo que actualmente se dispone de herramientas con las que trabajar para lograr tal fin (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015; Eymard & Douglas, 2012).

La dinamometría manual, concretamente en la mano derecha, ha resultado ser una variable que se asoció significativamente a la percepción del envejecimiento de los hombres. En este caso, los hombres con mayor fuerza (kg) en la mano derecha presentaron menos estereotipos negativos del envejecimiento. La dinamometría manual o la fuerza de las manos es una variable muy poco estudiada en este contexto, no existiendo aún consenso sobre el su relación con los estereotipos negativos del envejecimiento. Por poner un ejemplo, Swift et al. (2012) reportaron que las personas mayores cuyo rendimiento físico fue comparado con el de personas jóvenes, siendo los primeros conscientes de la finalidad del estudio (el grupo control no fue informado sobre el verdadero objetivo del estudio), registraron una peor fuerza y persistencia en las manos

que los participantes del grupo control. No obstante, años atrás, Horton et al. (2010) concluyeron que la amenaza del estereotipo (ver el apartado 1.4.1.3.1.), no influía en la fuerza de las manos de las personas mayores. La fuerza de la mano es una variable de gran trascendencia en el campo de la gerontología y la salud de los/as mayores, dado que ha sido identificada como un predictor del deterioro funcional en las ABVD y de la fragilidad (Lee et al., 2017; Xue, et al., 2011), de la sarcopenia (Bijlsma et al., 2013; Cooper et al., 2013) y del estado cognitivo (Taekema, Gussekloo, Maier, Westendorp, & de Craen, 2010; Turusheva, Frolova, & Degryse, 2017), añadiendo también a la ecuación a la esfera social (Gale, Martyn, Cooper, & Sayer, 2007). Conociendo el efecto perjudicial de la discriminación por edad en la dimensión física y funcional (Chang et al., 2020; Chiviawosky et al., 2018; Levy et al., 2002a; 2002b; 2020; Levy & Myers, 2004; Kotter-Grühn et al., 2009; Moser et al., 2011; Robertson et al., 2015; Robertson & Kenny, 2016a; Sargent-Cox et al., 2014; Swift et al., 2012; Wolf et al., 2015; Wurm et al., 2007; Wurm & Benyamini, 2014), mental (Armstrong et al., 2017; Ayalon, 2018; Freeman et al., 2016; Han & Richardson, 2015; Hess et al., 2003; Lamont et al., 2015; Levy, 1996; 2000; 2014; Levy & Langer, 1994; Lyons et al., 2018; Mazerolle et al., 2017; Robertson & Kenny, 2016a; Shin et al., 2019; Siebert et al., 2018; Sindi et al., 2012; Worm & Benyamini, 2014) y social (Blanca et al., 2005; Burnes et al., 2019; Chang et al., 2020; Coundin & Alexopoulos, 2010; Healy, 1993; McHugh, 2003; Palmore, 1999; Ragan & Bowen, 2001; Robertson & Kenny, 2016b; Shiovitz-Ezra et al., 2018; Vitman et al., 2014; Wethington et al., 2016), y considerando la escasez de trabajos sobre la fuerza de las manos en el contexto edadista, son necesarios futuros estudios que corroboren la relación entre ambas y que definan la influencia de los estereotipos negativos del envejecimiento sobre esta.

Pasando ahora a la dimensión psicoafectiva, en participantes varones, los hombres con un peor estado anímico reportaron más estereotipos negativos del envejecimiento. Este epígrafe fue evaluado mediante la EADG, siendo la puntuación total la que se asoció significativamente a las puntuaciones obtenidas en el CENVE.

Teniendo en cuenta que ni la subescala de la ansiedad ni la de la depresión mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la percepción del proceso de envejecer, consideraremos como variable independiente el estado psicoafectivo, englobando en esta también patologías mentales como la ansiedad y la depresión. Tal y como se redacta en el ESTUDIO I (ver el apartado 2.2.3.), tanto la ansiedad como la depresión se han relacionado con la visión que las personas mayores tienen sobre el envejecimiento a lo largo de la literatura, aunque hasta el momento se desconoce la direccionalidad de esa relación. Profundizando en el estado anímico de las personas

mayores, Barber & Tan, (2018) informaron que las personas mayores que vieron imágenes negativas del envejecimiento reportaron un peor estado de ánimo que aquellos/as a los que se le facilitaron imágenes positivas, afectando esto también a unas expectativas de futuro con menos oportunidades, y con más limitaciones, siendo este efecto más intenso cuando las imágenes eran sobre estereotipos del envejecimiento. Otro trabajo (Castellano, 2014), en este caso en España, estudió la relación entre las actitudes edadistas y el estado de bienestar percibido por personas mayores, concluyendo que concepciones negativas del envejecimiento (factores cognitivos negativos) se relacionaron al malestar emocional, la insatisfacción vital y a quejas en el estado de salud. A su vez, Sánchez (2004) informó de que un mayor número de estereotipos negativos se asociaron a un menor nivel de optimismo y a una actitud más negativa en el proceso de envejecer. Ciertamente, las sociedades occidentales conciben a las personas mayores como personas tristes y deprimidas (ILC, 2009; Levy et al., 2004; Muñoz, 2005). Sin embargo, estas no se identifican así mismas como tal, siendo solo un 15,6% de las personas mayores a nivel nacional las que refieren estar tristes (IMSERSO, 2011). Además, Atkinson (2019) indicó la ausencia de efectos negativos de la amenaza del estereotipo en el reconocimiento de emociones en las personas mayores, alegando que muchas otras habilidades cognitivas si se ven afectadas por la misma. Es destacable que aunque la depresión y la ansiedad se consideran patologías más prevalentes en esta etapa de la vida, esto no es así, existiendo estudios que contradicen la anterior premisa situando dicha prevalencias en cifras entre 14 y 20,4% en el caso de la ansiedad y 11,4 y 15,9% en los trastornos afectivos (Andreas et al., 2017). La ausencia de trabajos que expliquen la direccionalidad de la relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento y el estado de ánimo, y la falta de consenso en cuanto a la influencia de los primeros sobre el segundo debe empujar a los/as investigadores/as a realizar distintos estudios que la corroboren.

Finalmente, los participantes de la muestra total y de la muestra de mujeres que mostraron una visión más estereotipada del envejecimiento refirieron una peor calidad de vida. Las láminas COOP/WONCA, instrumento seleccionado para valorar la calidad de vida en este estudio, evalúan la dimensión física, psicoafectiva y social de la calidad de vida referida por las personas mayores (Van Weel, 1993). La valoración integral de la calidad de vida y su relación con la percepción del envejecimiento representan un añadido de gran valor para el presente trabajo, ya que aún sin conocer la direccionalidad de este fenómeno, se describe la relación de los estereotipos negativos del envejecimiento con la calidad de vida en todas sus dimensiones, haciendo esto alusión a la multidimensionalidad y carácter integral promulgadas por Rubenstein (1987) a la hora de

definir la VGI. Estas 2 últimas premisas representan uno de los principales pilares tanto de este estudio como del ESTUDIO I. Los estereotipos negativos pueden empeorar la calidad de vida de las personas mayores (Andrews et al., 2017; Dionigi, 2015; Levy & Myers, 2004; Chang et al., 2020; Dionigi, 2015; Shin et al., 2019; Swift et al., 2017), influyendo al mismo tiempo de forma negativa en comportamientos físicos y cognitivos negativos que puedan mejorar la recuperación de la enfermedad y la calidad de vida (Nelson, 2016; Nunes et al., 2018; Rippon et al., 2014; Sarkisian et al., 2005a). Shin et al. (2019) confirmaron que un mayor número de experiencias edadistas se vieron traducidas en mayores síntomas depresivos y en un descenso de la calidad de vida, ya que estas afectaban a la funcionalidad física, emocional y cognitiva. Según Braithewhite (2002), la educación es fundamental para reducir estereotipos del envejecimiento desde temprana edad, fomentar actitudes positivas, reducir el miedo a envejecer y mejorar así la calidad de vida a lo largo de del ciclo vital. Comprendiendo la educación como un factor modificable a tener en cuenta para mejorar así la percepción del envejecimiento y por ende la calidad de vida, una pensión de jubilación que es mejorable acorde a un nivel académico previo más elevado y una gran variedad de enfermedades crónicas que son prevenibles, hay otros factores no modificables como la edad que también afectan sobre la calidad de vida, siendo las personas más mayores (Seangpraw, Ratanasiripong, & Ratanasiripong, 2019), de menor poder adquisitivo (Low & Molzahn, 2007; Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery, & Blane, 2006) y con más enfermedades crónicas (Öztürk, Şimşek, Yümin, Sertel, & Yümin, 2011) las que peor calidad de vida reportan. Aunque el rol de cuidador/a informal sea una variable a menudo no modificable, la carga de los/as cuidadores/as informales, que sí es modificable, es un factor prioritario, ya que se ha demostrado que la carga de este tipo de cuidadores/as es inversamente proporcional a su calidad de vida (Ogunlana, Dada, Oyewo, Odole, & Ogunsan, 2014; Sittironnarit, Emprasertsuk, & Wannasewok, 2020). La fuerza de las manos, además de ser un predictor modificable de deterioro funcional, cognitivo y social, también influye sobre la CVRS de las personas mayores (Sayer et al., 2006). La depresión ha sido descrita como una de las variables más estrechamente relacionadas con el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores (Borowiak & Kostka, 2004; Chen & Chen, 2017; Netuveli et al., 2006), por lo que al asociarse también a la percepción del envejecimiento, una intervención enfocada a eliminar los estereotipos propios del edadismo podría ser eficaz para diezmarla.

### 2.3.3.1. Limitaciones y fortalezas

Al igual que sucede con el anteriormente mencionado ESTUDIO I, el presente trabajo dispone de varias fortalezas que lo hacen distinguirse de estudios metodológicamente similares. Primero, después de la realización de la estimación del tamaño muestral, concluimos que la muestra de este estudio posee un tamaño adecuado para cumplir el fin para el que ha sido diseñado. Segundo, al contrario que los estudios de metodología y objetivos similares, este trabajo aborda la discriminación por edad y los estereotipos negativos de forma integral, es decir, considerando las distintas dimensiones de las que se compone el ser humano (física, psicológica y social). Este principio (multidimensionalidad), postulado principal de la VGI, representa un rasgo distintivo a tener en cuenta respecto a los trabajos previos a este. Tercero y final, el modelo lineal generalizado nos posibilita elaborar modelos que incluyan variables cuantitativas y categóricas a la vez.

En lo que a limitaciones respecta, en primer lugar, que la totalidad de la muestra que vivía en sus hogares acudiese al centro social a participar en distintas actividades ofertadas por la misma institución representa un sesgo muestral, dado que al representar a un grupo tan específico dentro del colectivo de personas mayores, los resultados obtenidos en este estudio no se pueden aplicar al resto de la población de este grupo de edad. En segundo lugar, la transversalidad del proyecto no nos permite establecer la direccionalidad de la asociación de los estereotipos negativos del envejecimiento con las variables independientes seleccionadas. Finalmente, la calidad de vida es una variable estrechamente asociada a muchas de las variables independientes que la acompañan (edad, nivel educativo, pensión de jubilación, enfermedades crónicas, rol de cuidador/a informal, fuerza de las manos y estado psicoafectivo), por lo que esto puede representar una dificultad añadida a la hora de elaborar la discusión.

### 2.3.4. Conclusiones

Los modelos elaborados en esta investigación han resultado ser distintos según el sexo de los participantes, por lo que a la hora de abordar el edadismo y los estereotipos negativos del envejecimiento, el abordaje ha de ser distinto en hombres y en mujeres. Dichos modelos se compusieron de varias variables multidimensionales que se asociaron a la percepción del envejecimiento, siendo unas modificables (nivel educativo, fuerza de la mano, estado psicoafectivo y calidad de vida) y otras no modificables (edad, lugar de

nacimiento y rol de cuidador/a informal). Al mismo tiempo, hay variables como la pensión de jubilación y el número de enfermedades crónicas que pueden ser modificadas a través de un mayor nivel académico previo y comportamientos saludables respectivamente. En este último caso, un concepto a tener en cuenta puede ser el denominado envejecimiento activo. Es destacable la diferencia entre perfiles de variables según el sexo: mientras que en los hombres la presencia de estereotipos negativos del envejecimientos se asocia a variables en su mayoría de índole, física, funcional y mental (edad, número de enfermedades crónicas, dinamometría manual y estado psicoafectivo), en el caso de las mujeres este tipo de discriminación se asocia más a variables de corte sociodemográfico (nivel educativo, pensión de jubilación y lugar de nacimiento), con excepción de la calidad de vida, la cual, como producto de salud, representa un factor de gran interés en el estudio del edadismo, dada su estrecha relación con varias de las variables independientes anteriormente mencionadas.

**2.4. ESTUDIO III:** Diseño e intervención de una sesión educativa en personas mayores que viven en sus hogares: Desmintiendo mitos y estereotipos del envejecimiento.

**2.4.1. Material y métodos**

2.4.1.1. Diseño

Este es un estudio experimental randomizado controlado, cuyos participantes fueron aleatoriamente asignados (proporción 1:1) a un grupo experimental sometido a una intervención educativa y a un grupo control que acude a un visionado de videos en 3 tiempos distintos: 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después de la misma (POST) y 1 mes después (FOLLOW-UP). Los participantes no fueron informados sobre en qué grupo serían asignados, por lo que se trató de un simple ciego. Para lograr el objetivo previamente establecido (ver el apartado 2.1.1.), es decir, analizar y comparar la evolución de la percepción del envejecimiento, se empleó una ANOVA de medidas repetidas. La aleatorización fue el método seleccionado para asignar a los participantes en uno de los 2 grupos con el fin de que ambos grupos sean comparables y así poder evaluar el impacto real de la intervención sobre ambos grupos. La muestra se compuso de personas mayores que vivían en sus hogares.

2.4.1.2. Muestra

Se solicitó la participación de 250 posibles participantes, siendo 74 los que accedieron a participar. Tanto los criterios de inclusión como los de exclusión establecidos para este estudio fueron los mismos que los aplicados en los ESTUDIOS I & II. Por un lado, entre los criterios de inclusión nos encontramos con una edad  $\geq 60$ , no padecer deterioro cognitivo ( $MEC > 23$ ) y no reportar deterioro funcional grave ( $Barthel \geq 50$ ). Por otro lado, al igual que los criterios de inclusión, los criterios de exclusión fueron los mismos que los de los 2 estudios anteriores: padecer esquizofrenia, psicosis no esquizofrénica o patologías psiquiátricas con sintomatología delirante. La totalidad de los individuos que aceptaron participar cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Los participantes eran personas mayores que vivían en sus hogares y acudían a distintos centros sociales en Bizkaia para tomar parte en distintas actividades ofertadas por dichos centros. Finalmente participaron en el estudio un total de 56 personas mayores ( $M_{edad} = 76,02$ ,  $SD_{edad} = 6,01$ , rango de edad = 65-89), siendo el 84,4% ( $n = 45$ ) mujeres. El índice de participación fue del 24,89%.

### 2.4.1.3. Material

#### 2.4.1.3.1. *Estereotipos negativos del envejecimiento*

**Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE):** Instrumento que evalúa la percepción del envejecimiento y los estereotipos del envejecimiento (Sánchez, 2004). Estos 2 elementos conforman la dimensión cognitiva del edadismo. Los 15 ítems de este cuestionario se organizan en 3 factores distintos: Factor I: Salud, Factor II: Motivacional-Social y Factor 3: Carácter-Personalidad. Respuesta Likert 1-4 según el grado de conformidad y puntuación total máxima de 60 puntos, 20 por cada uno de los 3 factores anteriormente mencionados. Una puntuación más elevada indica una mayor presencia de estereotipos negativos del envejecimiento.

#### 2.4.1.3.2. *Screening de deterioro cognitivo*

**Mini-Examen Cognoscitivo (MEC):** Batería utilizada para el cribado de deterioro cognitivo (Lobo et al., 1979) y que representa uno de los criterios de inclusión para el presente estudio: solo las personas mayores que logren puntuaciones de > 23 podrán formar parte del estudio. La puntuación máxima de esta escala es de 35 puntos y sus ítems se distribuyen en 5 dimensiones de la cognición: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción. Escala administrada minutos antes de la sesión de entrevistas PRE por personal del equipo de investigación capacitado académica y legalmente para ello.

#### 2.4.1.3.3. *Screening de dependencia en ABVD*

**Índice de Barthel (Original):** Herramienta dirigida a evaluar la autonomía en las ABVD (Mahoney & Barthel, 1965). Está formado por 10 actividades distintas: baño, vestido, aseo, ir al retrete, deambulación, traslado sillón-cama, escaleras, micción, deposición y alimentación; desglosándose estas en 3-4 categorías según el nivel de autonomía. Puntuación máxima obtenible de 100 puntos, siendo los sujetos que puntuaciones más elevadas obtienen los que mayor autonomía en las ABVD presentan. El resultado obtenido en este índice representa uno de los criterios de inclusión de este estudio: únicamente los individuos que

reporten puntuaciones de  $\geq 50$  podrán participar en el estudio. Esta herramienta de screening fue administrada en la sesión PRE de entrevistas.

#### *2.4.1.3.4. Variables sociodemográficas*

Al igual que sucede en el ESTUDIO II (ver el apartado 2.3.1.3.1.), todas las variables pertenecientes a este apartado fueron obtenidas directamente por el equipo de entrevistadores a través de la entrevista. Entre las variables sociodemográficas estudiadas nos encontramos con: edad, sexo, estado civil, nivel de educación, pensión de jubilación, profesión ejercida por más tiempo, edad de jubilación, número de hijos y nietos, lugar de nacimiento, actividades (centros sociales), número de actividades, religiosidad, práctica de religiosidad, número de fármacos, número de enfermedades crónicas, datos antropométricos (altura, peso e IMC), rol de cuidador/a, años como cuidador/a y patología psiquiátrica / neurológica. Al contrario de los estudios que preceden a este (ESTUDIO I & II), las variables sociodemográficas fueron recogidas únicamente para describir a la muestra.

#### 2.4.1.4. Procedimiento

##### *2.4.1.4.1. Aspectos éticos*

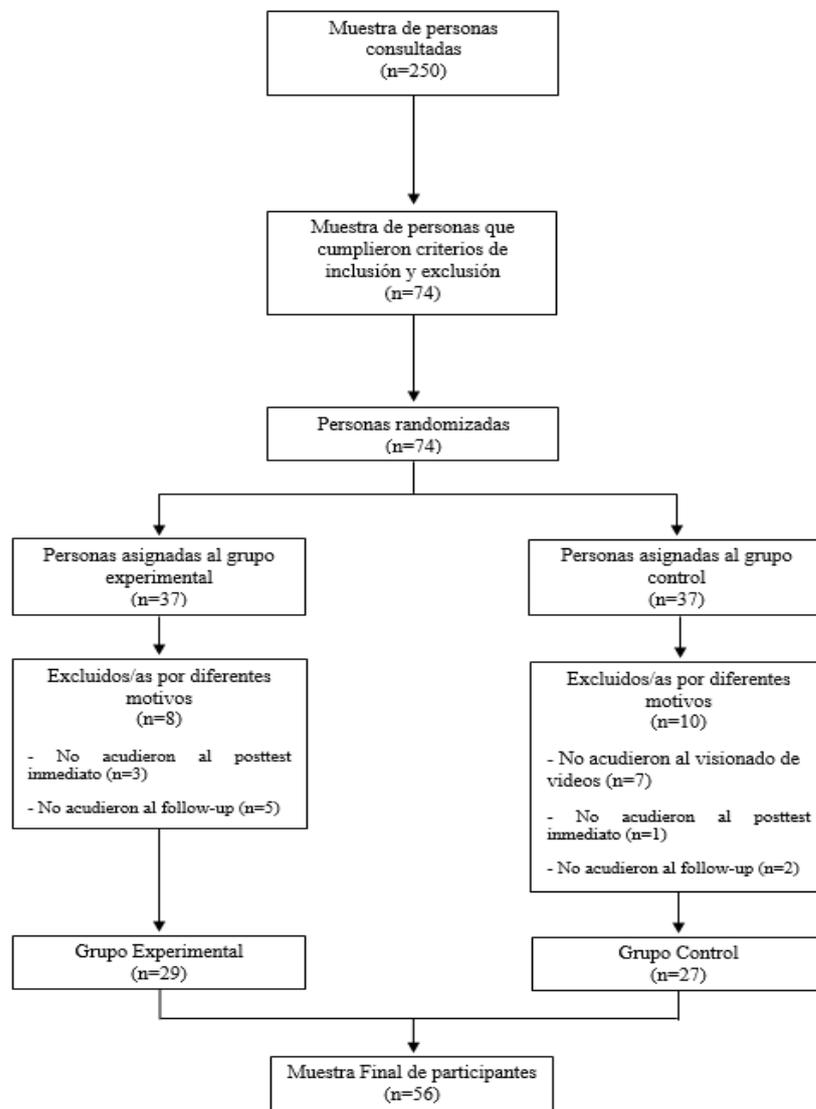
Este estudio viene recogido en el proyecto M10\_2019\_093, obteniendo este el informe favorable del CEISH de la UPV/EHU el 21 de marzo del 2019 en su acta 110/2019. El equipo de investigación comenzó la intervención en la fecha de inicio establecida en la misma memoria: 15 de abril del 2019. El proyecto no ha sufrido ninguna modificación más, por lo que actualmente sigue en la nomenclatura M10\_2019\_093.

##### *2.4.1.4.2. Procedencia de la muestra*

La totalidad de las personas participantes en este estudio (n = 56) residía en Portugalete (Bizkaia) y acudía a los centros sociales de San Roque, Villanueva y Repélega, centros sociales ubicados todos en ese municipio, para realizar distintas actividades.

#### 2.4.1.4.3. Fase de reclutamiento, randomización y seguimiento

La fase de reclutamiento se llevó a cabo simultáneamente en los 3 centros sociales anteriormente mencionados: San Roque, Villanueva y Repélega (Portugalete). El equipo de entrevistadores, el cual se compuso de 3 integrantes (incluyendo al autor del presente estudio), también se ocupó del reclutamiento en este estudio, acudiendo a los centros sociales citados anteriormente para presentar el proyecto y su finalidad. El autor del presente trabajo instruyó a los/as 2 entrevistadores/as adicionales en la utilización de las escalas/cuestionarios para la ejecución homogénea de las entrevistas. Las personas mayores interesadas, tras la firma del CI (ver [Anexo 23](#)), fueron citadas telefónicamente para las distintas sesiones de entrevistas. En la [Figura 36](#) se anexa el diagrama de flujo del reclutamiento.



**Figura 36.** Diagrama de flujo final de la muestra participante en la intervención en centros sociales de Portugalete.

El número de participantes que abandonó el estudio en el grupo experimental fue del 21,62% (n = 8) y en el grupo control del 27,03% (n = 10).

#### 2.4.1.4.4. Fase experimental

Una vez asignado cada participante a su grupo de intervención, se dio comienzo a las entrevistas siguiendo el siguiente protocolo específico (ver [Anexo 24](#)):

- **Entrevista PRE** (1 semana antes de la sesión de intervención) → Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) + Índice de Barthel (Original) + Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) + Variables Sociodemográficas
- **Entrevista PRO** (1 semana después de la sesión de intervención) → Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE).
- **Entrevista FOLLOW-UP** (1 mes después de la sesión de intervención) → Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE).

En relación a la fase experimental, siguiendo la estela de estudios metodológicamente similares, y con el fin de evitar sesgos de selección, la asignación al grupo experimental o grupo control se llevó a cabo mediante aleatorización/ randomización (Abrams et al., 2008; Ragan & Bowen, 2001). En primer lugar, el grupo experimental, el cual participó en una sesión educativa cuyo fin era desmentir los mitos y estereotipos del envejecimiento, se compuso de 29 personas mayores ( $M_{\text{edad}} = 76,66$ ,  $SD_{\text{edad}} = 5,54$ , rango de edad = 68-88), de las cuales el 79,3% (n = 23) eran mujeres. Respecto al grupo control, lo formaron 27 participantes ( $M_{\text{edad}} = 75,33$ ,  $SD_{\text{edad}} = 6,50$ , rango de edad = 65-89), siendo el 81,5% (n = 22) mujeres. Este segundo grupo acudió a una sesión en la que vieron 2 cortometrajes: uno sobre la sexualidad y el otro sobre el deterioro cognitivo.

Como sucede el ESTUDIO II (ver los apartados 2.3.1.3.1 y 2.3.1.4.4.), el MEC también fue administrado por un miembro del equipo de investigación específicamente formado y legalmente capacitado minutos antes de la entrevista PRE. Tal y como se indica en la [Figura 36](#), ninguna persona incumplió los criterios de inclusión establecidos. Al igual que en el ESTUDIO II (ver el apartado 2.3.1.3.1.), al no contar los centros sociales con información al respecto, los/as

entrevistadores/as recogieron a través de la entrevista la totalidad de variables y parámetros a estudio.

#### ***2.4.1.4.4.1. Grupo experimental***

El grupo experimental acudió a una única sesión educativa de unos 45-50 minutos de duración, cuyos contenidos se centraron en desmentir mitos y estereotipos del envejecimiento. Dicha sesión estuvo formada de los siguientes contenidos (ver [Anexo 25](#)): Envejecimiento demográfico en Euskadi y definición de edadismo (5 minutos) + explicación de los 15 ítems del cuestionario CENVE (15-20 minutos) + videos sobre ejemplos visuales positivos (laSexta.com, 2017) y negativos (Loterías y Apuestas del Estado, 2016) sobre el envejecimiento en medios de comunicación (2 videos) (10-15 minutos) + conclusiones (5 minutos).

#### ***2.4.1.4.4.2. Grupo control***

Paralelamente al grupo experimental, el grupo control participó en otra sesión carente de relación con la anterior temática (45-50 minutos); en este caso, se visualizaron 2 videos: uno sobre la sexualidad y el otro sobre el deterioro cognitivo, con una posterior discusión (ver [Anexo 26](#)). La sesión del grupo control contó con los siguientes apartados: Cortometraje sobre las demencias (Bort, Buckley, & Aubia, 2012) (15 minutos) + cortometraje sobre la sexualidad en las personas mayores (Oliva, A., 2012) (13 minutos) + debate dirigido/preguntas abiertas (15 minutos).

#### ***2.4.1.4.5. Análisis estadístico de los datos***

Tras analizar la bibliografía, se estimó que la diferencia entre medias del CENVE en la entrevista PRE (1 semana antes de la intervención) con respecto a la POST (1 mes después de la intervención) sería igual o superior a 4,2 unidades. Por lo tanto, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se calculó que se precisaba de 23 sujetos en el primer grupo (grupo experimental) y 23 en el segundo (grupo control) para detectar diferencias significativas. Se asumió que la desviación estándar común oscilaría alrededor de

6,8 y el coeficiente de correlación entre la medida inicial y final sería de 0,8. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 26%.

En todos los casos, las variables dependientes fueron el CENVE y sus correspondientes factores: Factor I: Salud, Factor II: Motivacional-Social y Factor III: Carácter-Personalidad. La normalidad de las variables cuantitativas fue analizada mediante la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov ( $n > 50$ ).

Una vez determinada la normalidad de las variables numéricas a estudio, se procedió a estudiar la homogeneidad del grupo experimental y el grupo control mediante T de Student en el caso de variables cuantitativas paramétricas, U de Mann Whitney si dichas variables eran no paramétricas, y Chi Cuadrado para analizar la relación entre variables categóricas. Las variables sociodemográficas fueron consideradas únicamente con fines descriptivos.

Finalmente, para evaluar las diferencias del CENVE del grupo experimental respecto al grupo control, medir el tamaño del efecto de la intervención y comparar las medias de las puntuaciones del CENVE obtenida por ambos grupos (experimental y control) a lo largo del tiempo (PRE, POST y FOLLOW-UP), se empleó una ANOVA de medidas repetidas. El tamaño del efecto de la intervención fue descrito a través del parámetro Eta parcial al cuadrado ( $\eta^2_p$ ), contando este con distintas categorías (Cohen, 1988): pequeño (0,01), mediano (0,06) y grande (0,14). Se consideró una asociación estadísticamente significativa una  $p < 0,05$ .

## **2.4.2. Resultados**

### **2.4.2.1. Análisis descriptivo de la muestra**

Las características sociodemográficas de la muestra participante en este estudio según el grupo asignado, es decir, el grupo experimental y el grupo control, son detalladas en la [Tabla 13](#).

Para analizar los cambios en la percepción del envejecimiento (CENVE) en los 3 tiempos estipulados (PRE, POST y FOLLOW-UP) y comparar los resultados obtenidos en dicho cuestionario entre ambos grupos (grupo experimental y grupo control), previamente es necesario garantizar la homogeneidad ( $p \geq 0,05$ ) de los grupos muestrales sobre los que se va a trabajar. Tal y como puede observarse en la [Tabla 13](#), ninguna de las variables alcanzó diferencias estadísticamente significativas

( $p < 0,05$ ) entre ambos grupos, por lo que puede afirmarse que el grupo experimental y el grupo control son homogéneos.

**Tabla 13. Características sociodemográficas de la muestra según el grupo muestral.**

		Total (N=56)		Grupo Experimental (N=29)		Grupo Control (N=27)		
		M (%)	SD	M (%)	SD	M (%)	SD	<i>p</i>
Edad (años)		76,02	6,01	76,66	5,54	75,33	6,5	0,416
Sexo	Hombres	19,6%		20,7%		18,5%		0,838
	Mujeres	80,4%		79,3%		81,5%		
Barthel		98,84	2,86	98,45	3,56	99,26	1,81	0,506
MEC		33,55	2,15	33,07	2,4	34,07	1,73	0,07
Estado civil	Soltero/a	1,8%		3,4%		-		0,297
	Casado/a	50,0%		41,4%		59,3%		
	Separado/a	-		-		-		
	Viudo/a	48,2%		55,2%		40,7%		
Nivel educativo	Sin Estudios	14,3%		10,3%		18,5%		0,554
	Estudios Primarios	73,2%		79,3%		66,7%		
	Estudios Secundarios	12,5%		10,3%		14,8%		
	Estudios Superiores	-		-		-		
Pensión de jubilación	< 847.52 €	75,0%		65,5%		85,2%		0,127
	847.52 - 966.75 €	5,4%		10,3%		-		
	> 966.75 €	19,6%		24,1%		14,8%		
	Sin conocimiento	-		-		-		
Profesión	Agricultura	5,4%		-		11,1%		0,315
	Industria	25,0%		27,6%		22,2%		
	Servicios	44,6%		44,8%		44,4%		
	Ama de casa	25,0%		27,6%		22,2%		
Edad de jubilación		61,71	5,04	61,21	3,6	62,4	6,74	0,163
Nº hijos		2,34	1,05	2,34	1,11	2,33	1	0,759
Nº nietos		2,13	1,75	2,17	1,93	2,07	1,57	0,96
Lugar de nacimiento	CAPV	21,4%		20,7%		22,2%		0,889
	Fuera de CAPV	78,6%		79,3%		77,8%		
Nº actividades		2,64	1,31	2,72	1,44	2,56	1,19	0,723
Religiosidad	Si	87,5%		93,1%		81,5%		0,189
	No	12,5%		6,9%		18,5%		
Frecuencia de práctica religiosa	Nunca	12,5%		6,9%		18,5%		0,503
	1 vez /semana	35,7%		41,4%		29,6%		
	>1 vez/semana	5,4%		6,9%		3,7%		
	Ocasionalmente	46,4%		44,8%		38,1%		
Nº fármacos		2,52	1,76	2,59	1,59	2,44	1,95	0,577
Nº enfermedades crónicas		2,25	1,68	2,34	1,68	2,15	1,7	0,581
Altura (m)		1,55	0,08	1,55	0,08	1,55	0,08	0,973
Peso (kg)		67,31	10,2	69,52	9,97	64,93	9,98	0,056

**Tabla 13** (Continuación)

IMC		27,93	3,79	28,83	3,6	26,93	3,81	0,062
Cuidador/a de algún familiar	Si	48,2%		51,7%		44,4%		0,68
	No	50,0%		48,3%		51,9%		
Tiempo como cuidador/a (años)		3,36	4,82	3,76	4,88	2,92	4,82	0,486
Patología psiquiátrica/neurológica	Sí	25,0%		27,6%		22,2%		0,643
	No	75,0%		72,4%		77,8%		

*Nota.* N° = Número; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco; IMC = Índice de masa corporal; MEC = Mini-Examen Cognoscitivo.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociales. Varios ejemplos son psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas.

2.4.2.2. Efecto de la intervención sobre el CENVE en el grupo experimental y grupo control

Para desarrollar de manera eficiente y ordenada este apartado, se organizarán los resultados según la puntuación del CENVE (Total, Factor I, Factor II y Factor III), en el grupo experimental (sesión educativa + videos relacionados con el edadismo) y el grupo control (videos no relacionados con el edadismo).

En lo que a resultados concierne, las diferencias de las puntuaciones del CENVE (CENVE Total, Factor I: Salud, Factor II: Motivacional-Social y Factor III: Carácter-Personalidad.) del grupo experimental respecto al grupo control a lo largo del tiempo (PRE, POST y FOLLOW-UP) y el tamaño del efecto de la intervención en cada grupo son ilustrados en la [Tabla 14](#). Seguido a esto, se lleva a cabo la comparación por parejas de las medias obtenidas en cada grupo (experimental y control) en los 3 tiempos establecidos previamente establecidos (ver [Tablas 15, 16, 17 y 18](#)).

**Tabla 14. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el CENVE Total y sus 3 factores, y efecto de la intervención en el grupo experimental y grupo control.**

		Grupo Experimental (N = 29)					Grupo Control (N = 29)		
		F (grupo x tiempo)	$\eta^2_p$	M	SD	$\eta^2_p$	M	SD	$\eta^2_p$
CENVE TOTAL	PRE	9,062***	0,255	35,10	7,38	0,530	36,07	3,44	0,001
	POST			30,69	6,77		35,96	3,90	
	FOLLOW-UP			32,21	5,92		36,00	3,39	
CENVE I: SALUD	PRE	2,765	0,094	11,31	2,11	0,484	11,63	1,42	0,149
	POST			9,93	1,81		11,30	1,56	
	FOLLOW-UP			10,10	1,47		11,07	1,00	

**Tabla 14** (Continuación)

CENVE II: MOTIVACIONAL- SOCIAL	PRE	1,844	0,065	11,90	2,19	0,160	12,11	1,76	0,004
	POST			11,03	2,35		12,15	1,51	
	FOLLOW- UP			11,34	2,58		12,22	1,81	
CENVE III: CARÁCTER- PERSONALIDAD	PRE	8,053**	0,233	13,45	4,05	0,405	12,33	1,80	0,037
	POST			10,45	2,44		12,52	1,97	
	FOLLOW- UP			10,76	2,63		12,70	1,82	

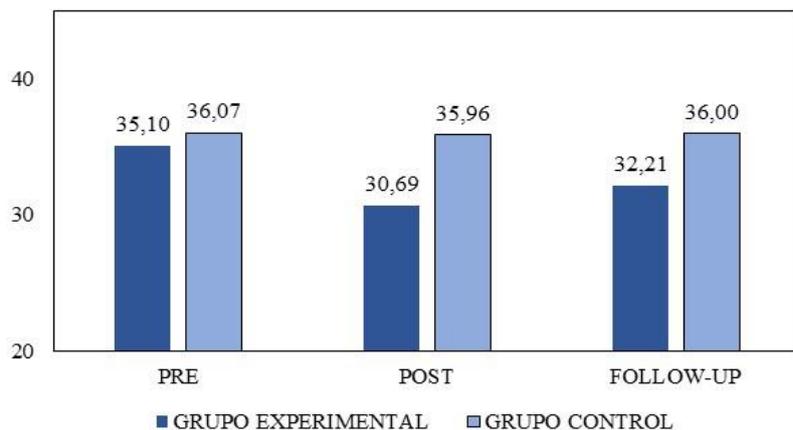
Nota: CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez;  $\eta^2_p$  = Eta parcial al cuadrado.

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

#### 2.4.2.2.1. Efecto de la intervención en el CENVE Total

Según la [Tabla 14](#), hubo diferencias estadísticamente significativas entre la evolución de las puntuaciones del CENVE Total reportadas por el grupo experimental y las obtenidas por el grupo control a lo largo de la intervención (grupo x tiempo:  $F = 9,062$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,255$ ). La  $\eta^2_p$  confirmó que el tamaño del efecto fue mayor en el grupo experimental ( $\eta^2_p = 0,530$ ) que en el grupo control ( $\eta^2_p = 0,001$ ). Mientras que el tamaño del efecto de la intervención del grupo experimental fue grande, el del grupo control fue pequeño.

Los resultados obtenidos en el CENVE Total por los 2 grupos de intervención anteriormente citados (grupo experimental/control) 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después de la intervención (POST) y 1 mes después de la misma (FOLLOW-UP) vienen ilustrados en la [Figura 37](#).



**Figura 37.** Resultados del CENVE Total del grupo experimental y control en el PRE, POST y FOLLOW-UP.

Al comparar por parejas las medias del CENVE Total de los 2 grupos, se pudo observar como la intervención mejoró la percepción del envejecimiento previa a la misma (PRE) a corto plazo (POST) ( $\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 4,414$ ,  $p < 0,001$ ) y a medio plazo (FOLLOW-UP) ( $\bar{x}_1 - \bar{x}_3 = 2,897$ ,  $p = 0,013$ ) en el grupo experimental. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre el POST y el FOLLOW-UP ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_3 = -1,517$ ,  $p = 0,115$ ), por lo que podría decirse que la mejoría a corto plazo se mantiene estable a medio plazo gracias a la intervención diseñada para este estudio. No hubo diferencia entre medias en el grupo control (ver [Tabla 15](#)).

**Tabla 15. Diferencia entre las medias obtenidas en el CENVE Total 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después de la intervención (POST) y 1 mes después de la misma (FOLLOW-UP) en el grupo experimental y grupo control.**

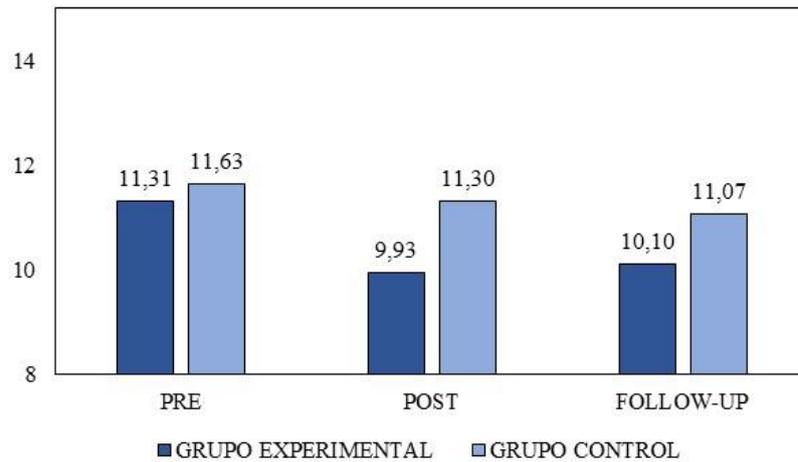
CENVE TOTAL		Grupo Experimental (N = 29)		Grupo Control (N = 29)	
		Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>	Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>
PRE	POST	4,414	<0,001	0,111	0,858
	FOLLOW-UP	2,897	0,013	0,074	0,916
POST	PRE	-4,414	<0,001	-0,111	0,858
	FOLLOW-UP	-1,517	0,115	-0,037	0,939
FOLLOW-UP	PRE	-2,897	0,013	-0,074	0,916
	POST	1,517	0,115	0,037	0,939

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez.

#### 2.4.2.2.2. Efecto de la intervención en el CENVE I: Salud

Al contrario que en el CENVE Total, no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones registradas en el CENVE I: Salud al comparar la evolución del grupo experimental y el grupo control (grupo x tiempo:  $F = 2,765$ ,  $p = 0,072$ ,  $\eta^2_p = 0,094$ ) durante el desarrollo de la intervención (ver [Tabla 14](#)).

En la [Figura 38](#) se enumeran las medias del CENVE I: Salud reportadas por el grupo experimental y el grupo control a lo largo del desarrollo de la intervención, es decir, 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después (POST) y por último, 1 mes después del procedimiento (FOLLOW-UP).



**Figura 38.** Resultados del CENVE I del grupo experimental y control en el PRE, POST y FOLLOW-UP.

Aunque la interacción entre las medias del CENVE I: Salud obtenidas por cada grupo en los 3 tiempos previamente fijados no fue significativa, el grupo experimental mostró la siguiente tendencia: la percepción de la salud fue más positiva en el POST ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_1 = -1,379$ ,  $p < 0,001$ ) y en el FOLLOW-UP ( $\bar{x}_3 - \bar{x}_1 = -1,207$ ,  $p = 0,001$ ) en comparación a la previa a la intervención (PRE). A su vez, la mejoría reportada por los participantes del grupo experimental 1 semana después (POST) se mantuvo 1 mes después de la intervención (FOLLOW-UP), ya que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tiempos ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_3 = -0,172$ ,  $p < 0,587$ ) (ver [Tabla 16](#)).

**Tabla 16.** Diferencia entre las medias obtenidas en el CENVE I semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después de la intervención (POST) y 1 mes después de la misma (FOLLOW-UP) en el grupo experimental y grupo control.

CENVE I: Salud		Grupo Experimental (N = 29)		Grupo Control (N = 29)	
		Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>	Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>
PRE	POST	1,379	<0,001	0,333	0,320
	FOLLOW-UP	1,207	0,001	0,556	0,045
POST	PRE	-1,379	0,001	-0,333	0,320
	FOLLOW-UP	-0,172	0,587	0,222	0,425
FOLLOW-UP	PRE	-1,207	<0,001	-0,556	0,045
	POST	0,172	0,587	-0,222	0,425

*Nota.* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez.

2.4.2.2.3. Efecto de la intervención en el CENVE II: Motivacional-Social

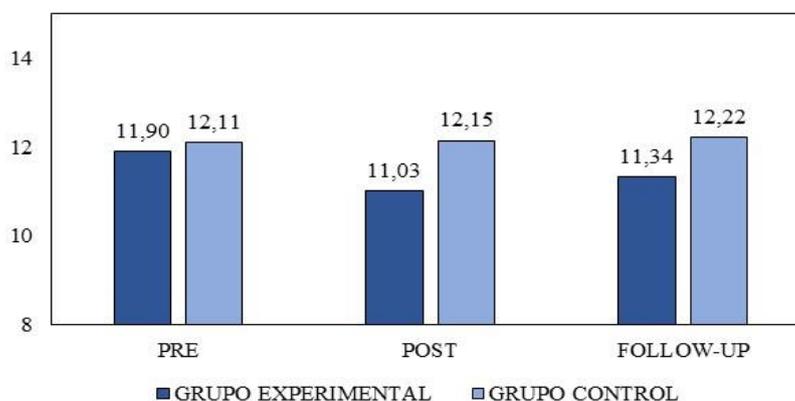
Tal y como se refleja en la [Tabla 14](#) y al igual que sucedió en el CENVE I: Salud, la evolución de las medias del CENVE II: Motivacional-Social reportadas por ambos grupos no difirieron significativamente entre ellas a lo largo de la intervención (grupo x tiempo:  $F = 1,844, p = 0,168, \eta^2_p = 0,065$ ). A pesar de que dicha diferencia no fuese estadísticamente significativa, y considerando esta interacción como una tendencia, las puntuaciones del POST fueron más positivas que las del PRE ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_1 = -0,862, p = 0,029$ ), no habiendo diferencia entre las puntuaciones del PRE y el FOLLOW-UP ( $\bar{x}_1 - \bar{x}_3 = 0,552, p = 0,168$ ) (ver [Tabla 17](#)).

**Tabla 17. Diferencia entre las medias obtenidas en el CENVE II 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después de la intervención (POST) y 1 mes después de la misma (FOLLOW-UP) en el grupo experimental y grupo control.**

CENVE II: Motivación-Socialización		Grupo Experimental (N = 29)		Grupo Control (N = 29)	
		Diferencia de medias (I-J)	$p$	Diferencia de medias (I-J)	$p$
PRE	POST	0,862	0,029	-0,037	0,890
	FOLLOW-UP	0,552	0,168	-0,111	0,767
POST	PRE	-0,862	0,029	0,037	0,890
	FOLLOW-UP	-0,310	0,365	-0,074	0,779
FOLLOW-UP	PRE	-0,552	0,168	0,111	0,767
	POST	0,310	0,365	0,074	0,779

Nota. CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez.

Las puntuaciones medias del CENVE II: Motivacional-Social son descritas en la [Figura 39](#), tomando en consideración al grupo experimental como al grupo control en los 3 tiempos previamente establecidos: 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después (POST) y 1 mes después del procedimiento (FOLLOW-UP).

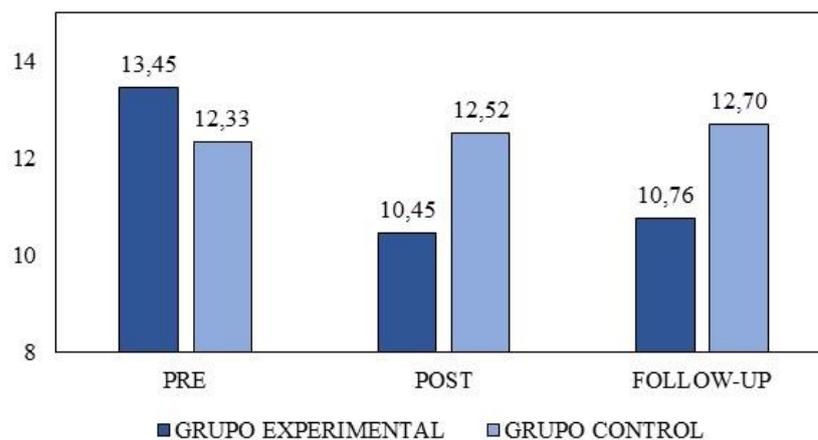


**Figura 39.** Resultados del CENVE II del grupo experimental y control en el PRE, POST y FOLLOW-UP.

#### 2.4.2.2.4. Efecto de la intervención en el CENVE III: Carácter-Personalidad

El último factor que compone el CENVE, el CENVE III: Carácter-Personalidad, sigue el patrón del CENVE Total, en otras palabras, existieron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en este epígrafe por el grupo experimental respecto al grupo control según se desarrolló la intervención (grupo x tiempo:  $F = 8,053$ ,  $p = 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,233$ ). El tamaño del efecto de la sesión del grupo experimental, la cual era grande ( $\eta^2_p = 0,405$ ), fue mayor que el del grupo control ( $\eta^2_p = 0,037$ ), siendo el tamaño del efecto de este último grupo pequeño. El tamaño del efecto en el grupo experimental fue similar en el modelo del CENVE Total y en el CENVE III: Carácter-Personalidad (ver [Tabla 14](#)).

Las puntuaciones medias del CENVE III: Carácter-Personalidad logradas por el grupo experimental y el grupo control 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después de la misma (POST) y 1 mes después (FOLLOW-UP) son reflejadas en la [Figura 40](#).



**Figura 40.** Resultados del CENVE III del grupo experimental y control en el PRE, POST y FOLLOW-UP.

Para finalizar, repitiéndose la premisa previamente descrita en el CENVE Total, a la hora de comparar por parejas las medias resultantes del CENVE III: Carácter-Personalidad, la percepción previa (PRE) del carácter y la personalidad del grupo experimental mejoró 1 semana después de la intervención (POST) ( $\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 3,000$ ,  $p < 0,001$ ) y 1 mes después (FOLLOW-UP) ( $\bar{x}_1 - \bar{x}_3 = 2,690$ ,  $p = 0,001$ ). La mejoría detectada en el POST se mantuvo en ambas muestras, ya que la diferencia entre medias no alcanza la significación estadística ( $\bar{x}_2 - \bar{x}_3 = -0,310$ ,  $p = 0,307$ ) (ver [Tabla 18](#)).

**Tabla 18. Diferencia entre las medias obtenidas en el CENVE III 1 semana antes de la intervención (PRE), 1 semana después de la intervención (POST) y 1 mes después de la misma (FOLLOW-UP) en el grupo experimental y grupo control.**

CENVE III: Carácter- Personalidad		Grupo Experimental (N = 29)		Grupo Control (N = 29)	
		Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>	Diferencia de medias (I-J)	<i>p</i>
PRE	POST	3,000	<0,001	-0,185	0,579
	FOLLOW-UP	2,690	0,001	-0,370	0,331
POST	PRE	-3,000	<0,001	0,185	0,579
	FOLLOW-UP	-0,310	0,307	-0,185	0,510
FOLLOW-UP	PRE	-2,690	0,001	0,370	0,331
	POST	0,310	0,307	0,185	0,510

*Nota:* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez.

### **2.4.3. Discusión**

A través de este proyecto de investigación se diseñó y aplicó una sesión educativa combinada con el visionado de videos relacionados con el edadismo (ejemplo positivo + ejemplo negativo) para desmentir estereotipos negativos del envejecimiento en una muestra de personas mayores que vivían en su hogar y acudían a centros sociales (grupo experimental) (ver el apartado 2.4.1.4.4.1.). La intervención recogida en dicho proyecto de investigación fue concebida con el fin de analizar los cambios en la percepción del envejecimiento promovidos por dicha sesión educativa a corto (1 semana después; POST) y medio plazo (1 mes después; FOLLOW-UP), considerando también a un grupo control que participó en un visionado de videos cuyo contenido no guardaba relación con el edadismo, y comparar dichos resultados entre ambos grupos.

La evolución de las puntuaciones medias del CENVE Total y del CENVE III: Carácter-Personalidad del grupo experimental durante el transcurso de la presente intervención (PRE, POST y FOLLOW-UP) fue distinta respecto a la del grupo control, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Considerando lo anterior, el tamaño de efecto de la intervención destinada al grupo experimental fue grande, siendo superior al de la intervención dirigida al grupo control.

Conocidas las diferencias de puntuaciones entre grupos y el tamaño del efecto de la intervención del grupo experimental, se prosiguió con el estudio, viendo como la intervención mejoraba la percepción del envejecimiento (CENVE Total) y del carácter y personalidad (CENVE III: Carácter-Personalidad) a corto (POST) y medio plazo

(FOLLOW-UP). Al no haber diferencias estadísticamente significativas entre las medias del POST y el FOLLOW-UP, podría decirse que la mejoría obtenida en el POST se mantuvo a medio plazo, por lo que la intervención cumplió con su cometido.

La intervención del grupo control, tal y como era de esperar, no alteró las puntuaciones del CENVE de las personas mayores que componían dicho grupo, por lo que se pudo confirmar que la intervención diseñada para el grupo experimental fue exitosa a la hora de mejorar la percepción del envejecimiento y del carácter y personalidad de las personas mayores.

A la hora de combatir el edadismo o discriminación por edad, la bibliografía dispone de varios tipos de intervención entre los que destacan las intervenciones que se basan en la STT (ver el apartado 1.4.1.3.1.) y las intervenciones informativas/educativas (ver el apartado 1.5.3.).

Las intervenciones basadas en la STT (Steele & Aronson, 1995) consisten en infundir estereotipos del envejecimiento, en su mayoría negativos, sobre los participantes para ver sus efectos en los distintos apartados que componen a las personas (concepción integral de las personas mayores, es decir, bio-psico-social). Un meta-análisis reciente concluyó que esta técnica basada en la infusión de estereotipos negativos afectó negativamente en la memoria y en el rendimiento cognitivo de las personas mayores (Lamont et al., 2015). Dicho deterioro es confirmado por varios trabajos previos y posteriores a dicho metaanálisis, los cuales reportan que el deterioro de la memoria y del rendimiento cognitivo sucede independientemente del sexo y edad (Armstrong et al., 2017; Hess et al., 2003; Levy, 1996). Otra revisión posterior indicó que no solo la dimensión cognitiva se veía afectada, ya que los estereotipos negativos del envejecimiento y su administración sobre personas mayores también afectaba negativamente en la autopercepción de estos y en la visión que tenían respecto a otros miembros de su grupo de edad, en el rendimiento físico, en la capacidad de recuperarse frente a la enfermedad, en comportamientos de salud tales como la participación en actividades físicas, cognitivas y sociales etc., influyendo negativamente todo ello en la esperanza de vida y a la calidad de vida de las personas mayores (Dionigi, 2015). Según lo visto en el estudio de Levy et al. (2008), las personas mayores a las que se les dotó de estereotipos negativos del envejecimiento mostraron una mayor susceptibilidad al estrés, evidenciándose esto a través de la respuesta de la PA y la FC al evaluar a dicha muestra cognitivamente.

Las intervenciones basadas en la aplicación de estereotipos positivos del envejecimiento, aunque menos frecuentes, también han arrojado resultados interesantes.

Estos estudios basados en la SBT (ver el apartado 1.4.1.4.1.), han dado lugar a resultados tales como mejor recuperación frente a la discapacidad severa (Levy et al., 2012b), mejor equilibrio (Chiviacowsky et al., 2018), velocidad de la marcha Hausdorff et al., 1999), función física (Levy et al., 2014; Sargent-Cox et al., 2012), respuesta cardiovascular al estrés (Levy et al., 2008), memoria (Abrams et al., 2006; 2008; Lamont et al., 2015; Lee & Lee, 2018), estilo de escritura (Levy, 2000), estado anímico y percepción del envejecimiento (Barber & Tan, 2018) y una menor soledad referida (Coudin & Alexopoulos, 2010), etc.

Aunque las intervenciones basadas en la infusión de estereotipos negativos del envejecimiento hayan resultado de gran utilidad a la hora de definir el impacto del edadismo en las personas mayores, el nivel educativo, a priori, es la variable asociada a los estereotipos negativos del envejecimiento y a las actitudes edadistas más ampliamente aceptada en la bibliografía (Castellano, 2014; Freeman et al., 2016; Lasagni et al., 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014), por lo que a la hora de diseñar el presente proyecto de investigación y la intervención contenida en este, nos hemos basado en intervenciones de índole formativa/educativa, siguiendo el camino pautado anteriormente por los estudios recogidos en revisiones como la de Chonody (2015) y meta-análisis como el de Burnes et al. (2019).

Los estudios anteriormente citados, junto con el ESTUDIO II, coinciden en que las personas con un menor nivel educativo presentan una percepción más negativa del proceso de envejecer. Partiendo de esta premisa, y basándonos en la revisión bibliográfica realizada a lo largo del proceso, el nivel educativo representa una variable de gran utilidad para detectar la discriminación por edad y actuar sobre esta con la mayor brevedad posible, contribuyendo así en la prevención de este fenómeno. No obstante, el pertenecer a los estratos de mayor nivel educativo no excluye de padecer una visión edadista. Múltiples estudios han corroborado la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento tanto en estudiantes como profesionales del ámbito sociosanitario. Primeramente, cabe destacar que el colectivo enfermero ha sido ampliamente estudiado en este ámbito. A lo largo de la bibliografía, la discriminación por edad y los estereotipos edadistas han estado presentes en estudiantes universitarios de enfermería (Duran-Badillo et al., 2016; Godoy et al., 2017; Sarabia & Castanedo, 2015), de medicina (Lucchetti et al., 2017), de psicología (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Ragan & Bowen, 2001) etc. Por su parte, trabajos como el de Franco et al. (2010), Kagan y Melendez-Torres (2015), y Makris et al. (2015), concluyeron que existía una alta prevalencia de estereotipos negativos del envejecimiento en médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y trabajadores/as sociales. Otra revisión enfocada a mejorar las actitudes hacia

las personas mayores de enfermeros/as, estudiantes de enfermería y de medicina, y cuidadoras directas indicó que las muestras mostraron actitudes edadistas (Eymard & Douglas, 2012).

Aun así, la percepción y actitudes del envejecimiento no siempre son negativas en estos colectivos. Aristizábal-Vallejo et al. (2009) refirieron que los estudiantes universitarios de ciencias de la salud y de disciplinas no sanitarias presentaron una percepción del envejecimiento intermedia sin existir diferencias entre ambos grupos, aludiendo una ausencia de relación entre las disciplinas de los estudiantes. Al mismo tiempo, León et al. (2015) también describieron una visión del proceso de envejecer intermedia para el alumnado de odontología, actividad física y terapia en comunicación. Shima et al. (2016) compararon el edadismo en estudiantes de educación primaria y estudiantes universitarios, expresando diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos, siendo los estudiantes universitarios los que menos edadismo mostraban, por lo que la disposición de un mayor nivel educativo vuelve a reflejar menores niveles de edadismo, confirmado así la preocupación existente por adquisición de creencias edadistas por parte de las personas desde edades tempranas, tal y como cita Levy (2009) a través de la anteriormente mencionada STT (ver el apartado 1.4.1.3.2.).

El estudio de la discriminación por edad en estudiantes y profesionales sociosanitarios representa un factor de gran interés para la lucha frente a este tipo de discriminación, dado que estos colectivos son los que estarán en contacto directo con las personas mayores a la hora de abordar su salud y hacer frente a los conflictos que puedan afectar a su calidad de vida y bienestar. Kagan & Melendez-Torres (2015) hacen énfasis en el anterior epígrafe elaborando una agenda de acción en contra del edadismo en lo que a los/as profesionales de enfermería se refiere. Estos 2 autores confirman que a pesar de que tanto los/as profesionales de enfermería, como el alumnado o docentes de esta disciplina puedan estar sujetos al edadismo, los/as miembros de esta profesión disponen de una posición privilegiada mediante la cual pueden contribuir a promover la integridad y dignidad de las personas mayores en la investigación, y crear e implementar una agenda de acción para describir objetivamente el proceso de envejecer, dismantelar mitos del envejecimiento y redefinir la práctica enfermera adaptándola a una visión realista del envejecimiento.

Aunque diversos autores reportan la existencia de gran variedad de estudios que tratan la temática del edadismo, generalmente sobre el conocimiento (Know) y actitudes hacia el envejecimiento (OA), muy pocos se centran en combatir este tipo de discriminación. Además de esta escasez de intervenciones que combatan los estereotipos

y mitos del envejecimiento, estas han mostrado resultados mixtos, obteniendo unos resultados positivos como el presente trabajo y otros negativos. La poca presencia de intervenciones de esta índole representa la principal limitación a la hora de estructurar intervenciones para combatir el edadismo (Levy, 2018; Lytle & Levy, 2019; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003).

Previa a la contextualización de intervenciones destinadas a afrontar el edadismo, es necesario justificar la metodología implementada en este estudio, la cual, además de representar las principales fortalezas del mismo, permite distinguirlo del resto de trabajos de temática y diseño similar. Entre las características distintivas del presente estudio encontramos: la elección de una muestra de personas mayores, la utilización del CENVE como herramienta de valoración del edadismo, el tamaño muestral, la elección de un grupo control, la randomización, la presencia de 3 tiempos de medición (PRE, POST y FOLLOW-UP) y la disposición de una única sesión para cada grupo. A continuación se argumenta la elección de dicha metodología:

- En primer lugar, en lo que a la muestra se refiere, la gran mayoría de las intervenciones revisadas en la biografía son dirigidas a gente de mediana edad, en su mayoría alumnos o profesionales del ámbito sociosanitario. Uno de los motivos por los que nace este estudio es el de que las intervenciones para reducir los estereotipos en personas mayores tengan representación en la bibliografía. A pesar de que los estereotipos sean adquiridos a temprana edad y se vaya desarrollando con el paso de los años, las personas mayores también merecen tener una visión más positiva del envejecimiento para llevar su proceso de envejecer de manera más satisfactoria, tratando de evitar así las complicaciones y consecuencias negativas que este tipo de discriminación puede provocar en su salud y entorno. Actualmente, pocos estudios implementan intervenciones que tomen en consideración a las personas mayores (Abrams et al., 2008; Herrera et al., 2010).
- En segundo lugar, el CENVE es el instrumento de evaluación de la dimensión cognitiva del edadismo (percepción del envejecimiento; estereotipos y creencias) más ampliamente utilizado en poblaciones hispanohablantes (España y América Latina), por lo que podría decirse que es la escala idónea para la finalidad que persigue este trabajo (Aristizábal-Vallejo et al., 2009; Blanca et al., 2005; Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010;

Lasagni et al., 2013; León et al., 2015; Menéndez et al., 2016; Nunes et al., 2018; Rosell et al., 2020; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014; Sarabia & Castanedo, 2015).

Nunes et al. (2018) insinuaron que sería de gran interés utilizar esta escala para medir los estereotipos antes y después de una intervención. Por desgracia, en la bibliografía, ningún estudio la implementa para intervenir en personas mayores. Los escasos trabajos que sí la emplean, lo hacen únicamente en estudiantes universitarios (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Sarabia & Castanedo, 2015).

- En tercer lugar, independientemente de la estimación del tamaño muestral, también se ha considerado la revisión de Chonody (2015), ya que esta indica que más de la mitad de los estudios incluidos en el mismo (56%) se compuso de muestras de 100 personas o menos en lo que refiere a estudios cuantitativos. Este estudio también contempla como el porcentaje de mujeres (80,4%) que participaron en la intervención es muy superior al de los hombres (19,6%). La mayor participación de las mujeres es una condición bastante frecuente en estudios similares al que nos ocupa. Burnes et al. (2019) reportaron que en los 63 trabajos recogidos en su meta-análisis, el 67,2% de los participantes fueron mujeres.
- En cuarto lugar, el disponer de un grupo control con el que comparar los resultados de la intervención en un grupo experimental, permite una cuantificación más transparente del efecto de la intervención destinada a este segundo grupo, recalcando así la trascendencia de este tipo de intervenciones para mejorar la percepción del envejecimiento de las personas mayores. Aunque este hecho resulte una obviedad, no todos los trabajos implementan grupos control en sus metodologías. Según Chonody (2015), de 58 artículos solo el 20,69% de ellos cuenta con grupos control, participando dichos grupos en su mayoría en asignaturas y cursos carentes de relación con la temática de sus contrapartes (edadismo y envejecimiento).
- En quinto lugar, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la efectividad de intervenciones randomizadas y las que no hacen uso de esta técnica de muestreo (Burnes et al., 2019).

- En sexto lugar, volviendo a los resultados obtenidos por Chonody (2015) en su revisión, el 60,34% de los artículos se basaron en test/posttest. La implementación de un tercer tiempo (FOLLOW-UP) es de vital importancia a la hora de razonar el motivo de ser de esta intervención, ya que solo el 3% de los 58 estudios revisados hicieron seguimientos a medio/largo plazo, dando esto un carácter innovador a este estudio. En el caso de este trabajo, el FOLLOW-UP fue de 1 mes, considerándose esto un periodo de tiempo a medio plazo. Varios estudios en la literatura contemplan tiempos FOLLOW-UP de 1 mes (Lytle & Levy, 2019; Ragan & Bowen, 2001), mientras que otros se alejan hasta los 16 meses (Hwang et al, 2013), cifras consideradas en un margen de largo plazo. Nuestro estudio opta por un FOLLOW-UP a medio plazo con el fin de no demorar la elaboración de la presente Tesis Doctoral.
- En séptimo lugar, a la hora de argumentar la decisión de haber optado por una sesión de un solo día, cabe destacar, en palabras de Couper y Pratt (1999), que las intervenciones de un día tienen impacto en los alumnos de instituto y que son de gran utilidad para introducir a los alumnos hacia sesiones más duraderas. Considerando esta cita y partiendo de una única sesión, una vez descrito el ESTUDIO III del presente trabajo, se podrían considerar futuras ediciones para el mantenimiento de una visión del envejecimiento ausente de estereotipos. En los trabajos de Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis (2016) y Stuart-Hamilton & Mahoney (2003) se vuelve a partir de esta idea. Dejando a un lado que la muestra de este escrito se compone en su totalidad de personas mayores que viven en sus hogares y acuden a distintos sociales, Burnes et al. (2019) indican que las intervenciones educativas dirigidas a estudiantes y profesionales sociosanitarios tuvieron de media una duración de 12,6 semanas.

Corroborada la efectividad de intervenciones de una sesión, en este estudio se optó por una única sesión para no sobrecargar a los participantes de los centros sociales, ya que estos ya participaban en diversas actividades organizadas por los centros: psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas.

- En octavo y último lugar, y no por ello menos importante, antes de proceder a enumerar y describir varios de los estudios que se asemejan

metodológicamente al presente trabajo, es importante definir el diseño de la sesión del grupo experimental. Según Chonody (2015), la intervención del grupo experimental cumple con la definición de sesión informativa (*I*) sobre conocimientos del envejecimiento (Know) y las personas mayores (dimensión cognitiva del edadismo: creencias, estereotipos etc.) acompañada de una exposición indirecta (*E*), en este caso 2 videos de ejemplos visuales positivos y negativos sobre el envejecimiento en medios de comunicación. Esta combinación se ubicaría bajo la etiqueta “*I + E*”. Según esta autora, de los 58 artículos solo 1 respondió a esa nomenclatura, reportando dicha intervención resultados positivos sobre estudiantes universitarios. Aún conociendo la efectividad de las sesiones informativas (*I*) en solitario, el 89% tuvo resultados positivos en la temática de conocimientos del envejecimiento y personas mayores (Know), el equipo de investigación optó por añadir una exposición indirecta (*E*) como es el visionado de videos. A pesar de que son escasas las intervenciones que disponen de esta combinación (*I + E*) (Abrams et al., 2008; Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Braun et al., 1998; Lucchetti et al., 2017; Merz et al., 2018; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003), sus resultados positivos a lo largo de la literatura y su facilidad a la hora de ser implementada empujaron al autor de esta Tesis Doctoral y al equipo de investigación a seleccionar esta metodología para el presente trabajo, traduciéndose esto en el cumplimiento eficiente de los objetivos planteados cuando la intervención fue ejecutado (ver el apartado 2.1.1.).

Para una mejor contextualización de las intervenciones revisadas en la literatura, a continuación se presenta una tabla que ilustra intervenciones de corte similar a esta (ver [Anexo 15](#)). Como son pocos los estudios con metodología idéntica a este, los artículos que se incluirán en la siguiente tabla han de incluir los siguientes criterios de inclusión: intervención informativa (*I*) (1); temática de conocimientos del envejecimiento (Know) (2); medición previa y a corto plazo (PRE/POST) (3); y diseño cuantitativo especificado (4). Otros criterios opcionales que se consideraron fueron los siguientes: estudios que combinen la modalidad anterior con exposición indirecta, como por ejemplo visionado de videos (*I + E*), exposición directa, entre otros, el contacto intergeneracional (*I + EE*) u actividades creativas (simulaciones) (*I + C*) (1); intervenciones que consideren a un grupo control (2); y trabajos que hagan una tercera medición a medio/largo plazo (FOLLOW-UP) (3). Los artículos descritos a continuación fueron citados en las revisiones de Chonody (2015) y Burnes et al. (2019), siendo otros ajenos a ambos trabajos.

Entre las intervenciones informativas sobre conocimiento del envejecimiento (Know) combinadas con exposición indirecta (*I + E*), teniendo en cuenta la técnica de exposición indirecta utilizada (*E*), podemos encontrarnos técnicas como la discusión grupal (Lucchetti et al., 2017; Merz et al., 2018; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003), y con el visionado de videos o películas (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Braun et al., 1998), siendo esta última la modalidad establecida para el presente estudio y la utilizada con menor frecuencia en la literatura.

Los participantes de los estudios que combinaban la información con la discusión grupal, al igual que nuestra intervención, aun sin hacer uso del CENVE, vieron como su percepción del envejecimiento mejoraba (Lucchetti et al., 2017; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003), dándose una mejora no solo de la visión del envejecimiento, sino también en las actitudes hacia las personas mayores, como es en el caso del estudio de Merz et al., (2018). Es destacable de nuevo el estudio de Stuart-Hamilton & Mahoney (2003), ya que se requirió de una sola sesión de 2,5 horas para lograr las mejorías anteriormente descritas.

Respecto a las intervenciones que combinaron la información con la visualización de videos, la que más se asimilo al presente trabajo fue la de Blanco-Molina y Pinazo-Hernandis (2016), ya que hicieron lo propio empleando el CENVE y en una sola sesión. Mientras que en nuestra intervención solo mejoraron significativamente el CENVE Total y el CENVE III: Carácter-Personalidad, en el anterior estudio, el número de estereotipos negativos del CENVE Total y todos sus factores (Salud, Motivacional-Social y Carácter-Personalidad) se redujo después de la intervención. A su vez, Braun et al. (1998), el cual comparó 2 grupos experimentales, vio como el grupo que participó en las sesiones que combinaban la información con el visionado de videos (*I + E*) reportaron una mejora más pronunciada en la visión que tenía del envejecimiento en comparación de los/as que participaron solamente en el curso sin videos (*I*).

Considerando los resultados del presente estudio, y corroborando que estudios basados también en la información combinada con la exposición indirecta (*I + E*) en una sola sesión han logrado resultados similares a este (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003), esta metodología, aunque poco frecuente en la bibliografía, se antoja como una vía lo suficientemente eficiente y atractiva para mejorar la percepción del envejecimiento de las personas mayores. A su vez, coincidiendo con lo citado por Couper y Pratt (1999), las intervenciones de un día podrían ser de gran utilidad para introducir a los participantes hacia sesiones más duraderas.

Otro estudio combinó la información y la exposición indirecta con la exposición directa ( $I + E + EE$ ), logrando resultados similares a este trabajo (Mellor, et al., 2015). Según ese estudio, la información, la discusión grupal y el contacto intergeneracional mejoraron la visión del envejecimiento, las actitudes y las habilidades sociales en relación a las personas mayores tanto en el POST como en el FOLLOW-UP.

Las intervenciones que constaron solo de información ( $I$ ) también han logrado mejorar la percepción del envejecimiento de personas jóvenes (Cummings et al., 2006; Olson, 2003; Sarabia & Castanedo (2015). Entre estos estudios el más destacable es el de Sarabia & Castanedo (2015). Las autoras de esa investigación sometieron al alumnado de enfermería a una asignatura diseñada con el fin de reducir estereotipos negativos del envejecimiento, siendo estos evaluados mediante el CENVE. Al final del curso, el alumnado logró mejores resultados del CENVE Total y todos los factores que lo componen (Salud, Motivacional-Social y Carácter-Personalidad), dándose de nuevo una tesis similar a la descrita por Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis (2016). Nuestro estudio, en cambio, como se ha redactado previamente (ver el apartado 2.4.2.), solo logró mejorar significativamente las puntuaciones del CENVE Total y el CENVE III: Carácter-Personalidad.

A pesar de la eficacia de las intervenciones basadas únicamente en la información ( $I$ ), hay trabajos que ponen en duda lo anterior. Cottle & Glover (2007) concluyeron que la mejora de conocimientos de una intervención educativa tuvo un tamaño de efecto moderado, mientras que para las actitudes fue pequeño. Lytle & Levy (2019) evidenciaron que los participantes de una intervención que combinaba la información con el contacto intergeneracional ( $I + EE$ ) mostraron un mayor conocimiento y mejores actitudes tanto en el POST como en el FOLLOW-UP en comparación a los sujetos que solo participaron la intervención basada en la información ( $I$ ) o en el contacto intergeneracional ( $EE$ ). Burnes et al. (2019), más concisos que los autores anteriores, indicaron que las intervenciones combinadas ( $I + EE$ ) y de contacto intergeneracional ( $EE$ ) fueron las que tuvieron un tamaño de efecto más grande respecto al conocimiento del envejecimiento (Know). Las conclusiones de los 3 trabajos anteriores, es decir, el menor tamaño del efecto de las intervenciones basadas solo en la información y la mayor efectividad de las intervenciones combinadas podrían justificar también nuestra elección en el diseño de la presente investigación.

Aunque los trabajos citados en el anterior párrafo corroboren que las intervenciones que incluyen la información ( $I$ ) únicamente en su metodología no sean tan efectivas como las combinadas a la hora de mejorar la percepción del envejecimiento de personas

jóvenes, no podemos menospreciarlas, ya que, tal y como Chonody (2015) indicó en su revisión sistemática, hasta el 83% de los estudios cuantitativos que trataban sobre el conocimiento del envejecimiento (Know) y que incluían información lograban cambios positivos en la percepción del envejecimiento de los participantes.

A lo largo de la revisión bibliográfica realizada en este trabajo, encontramos otras combinaciones no tan frecuentes en el campo de los conocimientos del envejecimiento (Know) como son las intervenciones que acompañan la información con actividades recreativas ( $I + C$ ), siendo estas últimas generalmente representadas por simulaciones de envejecimiento. Los resultados obtenidos en este tipo de intervenciones fue mixto: mientras unos mejoraban la visión y actitudes hacia el envejecimiento (Yu & Chen, 2012), otras no reportaron esa mejoría en sus estudios (Lucchetti et al., 2017; Pacala et al., 1995). La percepción del envejecimiento también se ha visto mejorada al incluir la exposición directa en esta ecuación ( $I + C + EE$ ) (Davis-Berman, 1995), aunque otros estudios como el de Intrieri et al. (1993) tampoco reflejaron esa mejoría. La escasez de estudios que hagan uso de actividades recreativas y su falta de consenso respecto a su eficacia a la hora de mejorar la percepción del envejecimiento hacen de esta opción la menos atractiva y práctica para tal fin.

Las intervenciones destinadas a personas mayores (Abrams et al., 2008; Herrera et al., 2010) metodológicamente distan de todas las anteriores, las cuales han sido dirigidas en su totalidad a personas jóvenes. Mientras que Abrams et al. (2008) analizaron el efecto de la exposición indirecta ( $E$ ) y la exposición directa ( $EE$ ) sobre STT y su efecto en el rendimiento matemático de los mayores, Herrera et al. (2010) analizaron el efecto de un programa de estimulación cognitiva en la visión del envejecimiento de la muestra a estudio. El primer estudio concluyó que la exposición directa aliviaba los efectos de la STT y que la exposición indirecta mantenía estable el rendimiento matemático en ese contexto edadista. A su vez, el segundo confirmó como la estimulación cognitiva reducía la presencia de estereotipos negativos de las personas mayores participantes.

Incluir un grupo control en intervenciones similares a esta no es una práctica habitual en este tipo de estudios. Chonody (2015) indicó que sólo el 20,69% de los 58 artículos revisados en su revisión sistemática incluyeron a un grupo control. En la revisión bibliográfica realizada para el presente proyecto, el 68% de los artículos incluidos en la misma consideraron a un grupo control, aunque únicamente se tuvieron en cuenta estudios cuyo tema fueran los conocimientos del envejecimiento (Know) y que por lo menos hiciesen uso de métodos informativos/educativos ( $I$ ) (ver Anexo 15). Los estudios que hicieron uso de un grupo control, en su mayoría, o no sometieron a dichos grupos a

una intervención concreta o no hicieron mención a ella (Cummings et al., 2006; Intrieri et al., 1993; Kassab & Vance, 1999; Lu et al., 2010; Lucchetti et al., 2017; Mellor et al., 2015; Merz et al., 2018; Olson, 2003; Pacala et al., 1995; Yu & Chen, 2012). Otros trabajos, tal y como hizo este, indicaron que su grupo control participó en actividades distintas al grupo experimental, como pueden ser clases o asignaturas sin relación al tema del edadismo/envejecimiento (Angiullo et al., 1996; Beling, 2003; Davis-Berman, 1995; Lytle & Levy, 2019; Rose, 1984; Willard & Crandall, 2016). Es de destacar el trabajo de Leung et al. (2012), que sí incluyeron al grupo control en actividades relacionadas con dicha temática (*I + EE*).

Respecto a los resultados obtenidos por el grupo control, en su mayoría, los estudios de la bibliografía inciden en la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del grupo experimental y el grupo control (Beling, 2003; Davis-Berman, 1995; Kassab & Vance, 1999; Lytle & Levy, 2019; Olson, 2003; Rose, 1984; Yu & Chen, 2012). Dicha premisa se cumplió en nuestra intervención parcialmente (CENVE Total y CENVE III: Carácter-Personalidad), ya que en el CENVE I: Salud y CENVE II: Motivacional-Social, no hubo diferencias entre grupos a lo largo de la intervención. La ausencia de diferencias entre grupos también se repitió en los estudios de Lucchetti et al. (2017) y Pacala et al. (1995). El grupo control de este estudio no vio mejoras o empeoramiento de sus puntuaciones CENVE en ninguno de los casos, circunstancia común en la literatura tras el uso de otras herramientas de evaluación (Mellor et al., 2015; Merz et al., 2018), aunque hay otros estudios que sí confirmaron mejoras en la actitudes hacia el envejecimiento (*OA*) (Intrieri et al., 1993; Leung et al., 2012; Lu et al., 2010) o peores resultados en dicho apartado (Willard & Crandall, 2016) en sus respectivos grupos control.

La ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los resultados CENVE I: Salud y CENVE II: Motivacional-Social citada en el párrafo anterior es algo que no se ha dado en estudios que han hecho uso del CENVE (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Sarabia & Castanedo, 2015), donde las intervenciones planteadas lograron mejoras tanto en el CENVE Total como en todos sus factores (CENVE I: Salud, CENVE II: Motivacional-Social y CENVE III: Carácter-Personalidad). A pesar de esa ausencia de cambios significativos en las puntuaciones referentes a la percepción de la salud y de la motivación-socialización, se pudo observar una tendencia similar a lo visto en los factores que sí mostraron cambios estadísticamente significativos durante la intervención: en el caso del CENVE I: Salud, las puntuaciones medias del PRE mejoraron en el POST y en FOLLOW-UP, manteniéndose la mejora del POST en el FOLLOW-UP al no haber

diferencias entre ambas medias. Respecto al CENVE II: Motivacional-Social, el PRE solo mejoró a corto plazo (POST).

A pesar de no haber evaluado la autopercepción de la salud de los participantes, la muestra de este estudio era autónoma, no tenía deterioro cognitivo, padecía pocas enfermedades crónicas y tomaba poca medicación a diario (ver [Tabla 13](#)). Al mismo tiempo, la totalidad de la muestra participaba en actividades ofertadas por los centros sociales. Varios estudios han confirmado que las personas mayores que se mantienen activas en cuanto a la participación social reportan una mejor percepción de su propia salud (Gilmour, 2012; Jerliu et al., 2014). Teniendo en cuenta lo anterior, y que la discriminación por edad se ha asociado a una peor percepción de la propia salud (Jackson et al., 2019), podríamos considerar que la ausencia de mejoría del CENVE I: Salud podría deberse a una buena autonomía, salud y estado cognitivo de base, y a la participación de los sujetos en actividades de los centros sociales, aludiendo esto a una reserva en cuanto a la percepción de la propia salud y a un menor nivel de estereotipos referentes a la misma, hecho que se confirma en las puntuaciones del CENVE I: Salud de la [Tabla 14](#), en comparación a las demás puntuaciones del cuestionario.

Siguiendo con la premisa anterior, en el caso del CENVE II: Motivacional-Social, un porcentaje reducido de personas padecía enfermedades psiquiátricas y la gran mayoría poseía descendencia, ya sea hijos o nietos (ver [Tabla 13](#)). A pesar de no evaluar el estado psicoafectivo y la soledad de la muestra, el ESTUDIO II, el cual contó con una muestra de características similares a este, presentó un buen estado psicoafectivo y refirió bajos niveles de soledad (ver [Tabla 8](#)). Considerando los anteriores factores, que la participación social puede reducir problemas tales como la depresión y la soledad (Burroughs & Wilkie, 2016; Newall et al., 2009; Rashedi, Gharib, & Yazdani, 2014) y que en este estudio el CENVE II: Motivacional-Social posee puntuaciones menores que el CENVE Total y CENVE III: Carácter-Personalidad, podría justificarse la ausencia de cambios significativos en este Factor II del cuestionario tras la intervención.

Contrario al CENVE I: Salud y el CENVE II: Motivacional-Social, el CENVE III: Carácter-Personalidad mostró mejoras significativas en el POST y FOLLOW-UP respecto al PRE, habiendo un mantenimiento de la mejora del POST a medio plazo (FOLLOW-UP), ya que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos tiempos. El desarrollo de la personalidad es un proceso que sigue distintas trayectorias en cada persona y que está estrechamente relacionado a múltiples factores tanto internos (factores genéticos) como externos (el entorno, roles sociales y laborales, eventos de la vida, relaciones sociales etc.), pudiendo haber múltiples cambios de la misma a lo largo

del ciclo vital, y por tanto, existiendo claras diferencias interindividuales en el cambio intraindividual de la personalidad (Mroczek & Spiro III, 2003). Varios autores de la bibliografía reportaron que las expectativas del rol social de los mayores (Kornadt, 2016) y las actitudes hacia el envejecimiento (Kornadt, Siebert, & Wahl, 2019) están estrechamente relacionadas con el desarrollo de la personalidad. Unido a esto, los estereotipos de la personalidad también están fuertemente arraigados en la sociedad actual, existiendo creencias similares a nivel internacional respecto a los grupos de edad: mientras que los adolescentes son vistos como rebeldes, impulsivos e indisciplinados, las personas mayores son consideradas como personas con bajos niveles de impulsividad y de actividad, antagonistas y poco abiertas (Chan et al., 2012). La gran variabilidad del proceso de envejecer, unida a la fuerte influencia del edadismo sobre el mismo, podrían ser factores a tener en cuenta a la hora de explicar el efecto significativo de la intervención sobre la muestra a lo largo del tiempo en este aspecto, siendo necesario también mencionar que los participantes refirieron de base (PRE) más estereotipos negativos referentes al carácter-personalidad que a la salud y a la motivación-social.

El tiempo de medición estipulado a corto plazo (POST) para este estudio fue de 1 semana. Aunque hay estudios que consideran el POST en dicho periodo (Lytle & Levy, 2019; Pacala et al., 1995), reportando también mejorías en la percepción del envejecimiento al igual que el presente trabajo, la gran mayoría de trabajos opta por evaluar el POST inmediatamente después de la intervención (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Kassab & Vance, 1999; Mellor et al., 2015; Velez-Ortiz et al., 2012), al de 6 meses (Beling, 2003; Braun et al., 1998; Cottle & Glover, 2007; Davis-Berman, 1995; Merz et al., 2018; Rose, 1984; Willard & Crandall, 2016) o al finalizar un curso académico, es decir, 8 meses (Cummings et al., 2006; Fabiano et al., 2005; Lu et al., 2010; Lucchetti et al., 2017). Angiullo et al. (1996), Leung et al. (2012) y Olson (2003) fijaron el POST al de un mes, equivaliendo esto al FOLLOW-UP de nuestro trabajo. Tal y como sucede en el presente proyecto, los sujetos de las intervenciones de estos 3 autores reportaron mejorías en la percepción del envejecimiento después de 1 mes.

En cuanto el FOLLOW-UP, tal y como indica Chonody (2015) en su revisión sistemática, solo el 3% de los artículos incluidos en la misma contaron con esta tercera medición. Los tiempos estipulados para el FOLLOW-UP a la hora de evaluar los conocimientos (Know) fueron de 2 semanas (Lytle & Levy, 2019) y 6 meses (Angiullo et al., 1996; Mellor et al., 2015) después del PRE. Otros estudios que no fueron considerados en el [Anexo 15](#) por no cumplir los criterios de inclusión de la revisión bibliográfica, también presentaron una medición FOLLOW-UP, pero en este caso en intervenciones centradas en actitudes hacia el envejecimiento (AO): 1 mes (Rawan &

Bowen, 2001), 1 año Basran et al. (2012) y 16 meses Hwang et al. (2013). Todos estos autores, al igual que nuestro proyecto, concluyeron de la misma forma respecto a las diferencias entre el POST y el FOLLOW-UP: la mejora reflejada en el POST no mostró diferencias estadísticamente significativas con el FOLLOW-UP, por lo que dicha mejora se mantuvo en el tiempo. Con vistas a mantener una percepción del envejecimiento positiva en el tiempo, es destacable el concepto de la “*disonancia cognitiva*” (Festinger, 1957). Según este concepto, el refuerzo es indispensable para mantener actitudes positivas a lo largo del tiempo. Al no haber podido evaluar el efecto de la intervención a largo plazo, y visto que las mediciones de otros trabajos no van más allá de los 16 meses, son necesarios más estudios que hagan un refuerzo de las intervenciones para poder mantener las mejoras de la visión del envejecimiento obtenidas en anteriores evaluaciones en espacios de tiempo más largos. La disparidad de tiempos de referencia del POST y FOLLOW-UP en la bibliografía también representa una razón por la que son necesarios más estudios a largo plazo para debatir mejor esta tendencia de mejoras.

#### 2.4.3.1. Limitaciones y fortalezas

La intervención informativa/educativa contenida en el presente estudio dispone de varias fortalezas que la hacen novedosa respecto a trabajos similares en la bibliografía. En primer lugar, la muestra a la que se dirige la intervención, es decir, personas mayores que viven en sus hogares y acuden a centros sociales, representa un aspecto metodológico innovador, ya que la totalidad de las intervenciones que se basan en la información son ejecutadas sobre muestras de personas jóvenes, especialmente en estudiantes universitarios y trabajadores sociosanitarios. En segundo lugar, tal y como se ha incidido anteriormente (ver el apartado 2.4.3.), las intervenciones informativas/educativas han resultado ser beneficiosas para personas jóvenes. Vistos los resultados de este estudio, y considerando que las intervenciones destinadas a las personas mayores no son de tipo informativo/educativo (Abrams et al., 2008; Herrera et al., 2010), este estudio podría servir de ejemplo para estudios posteriores que tomen este diseño metodológico en sus intervenciones para mejorar la percepción del envejecimiento de las personas mayores. En tercer lugar, el impartir una intervención de una sola sesión (1h) (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003) y que combine información con un visionado de videos (*I + E*) (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Braun et al., 1998), podría resultar, además de una intervención con un diseño poco frecuente, una técnica eficiente para hacer frente a la discriminación por edad. En cuarto lugar, el CENVE,

instrumento de evaluación de la dimensión cognitiva del edadismo, ha sido un cuestionario ampliamente utilizado en muestras hispanohablantes para describir la visión del envejecimiento de las personas mayores, pero pocas veces empleado para estudiar el efecto de una intervención sobre las mismas (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Sarabia & Castanedo, 2015), por lo que su uso también representa algo novedoso respecto a lo encontrado en las intervenciones para hacer frente al edadismo. En quinto lugar, además de garantizar la homogeneidad entre grupos, la randomización posibilita el enmascaramiento de los participantes de cada grupo, ocultando así su pertenencia a los mismos, y permitiendo una mayor veracidad de los resultados obtenidos. En sexto y último lugar, este estudio considera un grupo control y una tercera evaluación del CENVE (FOLLOW-UP). Ambos aspectos son incluidos en un número escaso de intervenciones (Chonody, 2015), por lo que, revisadas las anteriores fortalezas, se podría decir que este estudio toma en consideración aspectos metodológicos poco comunes en la literatura y que podrían enriquecer a la misma.

A pesar de las diversas fortalezas de las que esta intervención hace gala, también tiene varias limitaciones. Primero, la literatura dispone actualmente de pocas intervenciones con fines educativos que vayan dirigidas a personas mayores. Lo mismo sucede con la técnica de información combinada con videos (*I + E*), la administración del CENVE para tales fines, los grupos control y la aplicación de una tercera medición o FOLLOW-UP. Esto es una limitación a tener en cuenta ya que la ausencia de trabajos de corte similar a este dificulta la discusión y la comparación de los resultados de este con los de otros estudios. Segundo, aunque el número de participantes se asemeje al de otros estudios parecidos a este y la estimación del tamaño muestral arroje que es adecuado, el equipo de investigación contó con una muestra limitada. A pesar de que el tamaño del efecto de la intervención fue grande, una muestra mayor habría sido mejor, ya que, tal y como concluye Chonody (2015) “los cambios detectados son relativos al tamaño de la muestra”. Tercero, siguiendo con la muestra, las características de la misma, es decir, personas mayores que participaban en actividades en centros sociales, no permite que estos resultados sean extrapolables a la población mayor general. Para finalizar, el equipo de investigación, decidió implementar el POST a la semana de la sesión de ambos grupos (experimental y control) y el FOLLOW-UP al de 4 semanas, ya que mediciones más alejadas en el tiempo habrían excedido el contexto temporal de esta Tesis Doctoral. El material disponible en la bibliografía, generalmente estipula el POST en un tiempo de 6 meses (Beling, 2003; Braun et al., 1998; Cottle & Glover, 2007; Davis-Berman, 1995; Merz et al., 2018; Rose, 1984; Willard & Crandall, 2016) u 8 meses Cummings et al., 2006;

Fabiano et al., 2005; Lu et al., 2010; Lucchetti et al., 2017), aunque también hay estudios que hacen mediciones inmediatas (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Kassab & Vance, 1999; Mellor et al., 2015; Velez-Ortiz et al., 2012) o al de 1 semana (Lytle & Levy, 2019; Pacala et al., 1995). Al mismo tiempo, el FOLLOW-UP suele irse desde el mes (Lytle & Levy, 2019; Ragan & Bowen, 2001) hasta los 16 meses (Hwang et al., 2013), por lo que la imposibilidad de hacer una medición del CENVE a largo plazo se postula como la mayor limitación de este trabajo.

#### **2.4.4. Conclusiones**

Esta intervención basada en la infusión de conceptos sobre el envejecimiento y un visionado de videos relacionados con el edadismo (*I + E*), en una sola sesión de 1 hora de duración, logró mejorar la percepción del envejecimiento (CENVE Total) y del carácter-personalidad (CENVE III: Carácter-Personalidad) de las personas mayores que compusieron el grupo experimental. La mejoría reportada 1 semana después (POST) de participar en dicha sesión contó con un tamaño de efecto grande para ambos apartados del CENVE. Al no haber diferencias estadísticamente significativas entre el POST y el FOLLOW-UP (1 mes después), podríamos decir que la intervención cumplió con su cometido, ya que la mejoría registrada en el POST se mantuvo a medio plazo. El grupo control, el cual acudió a un visionado de videos carente de relación con la temática edadista y que constaba de 1 video sobre demencias y otro sobre sexualidad en personas mayores, no reportó cambios en su percepción del envejecimiento.

Después de corroborar que la intervención cumplió con la finalidad para la que fue diseñada a corto/medio plazo, y teniendo en cuenta la eficiencia metodológica ilustrada durante el proceso, son necesarios más estudios de corte similar a este que tomen en cuenta a una población mayor general y que comprueben sus efectos sobre esta a largo plazo, para contribuir así a una agenda para hacer frente al edadismo y mejorar de esa forma la calidad de vida y bienestar de las personas mayores.

### **3. DISCUSIÓN GENERAL**



Terminada ya la fundamentación tanto teórica como experimental de la presente Tesis Doctoral, conviene hacer una recapitulación del recorrido de la misma hasta el presente apartado. En lo que respecta a la *introducción* o *parte teórica*, los epígrafes abordados han sido los siguientes:

- En primer lugar, se ha descrito el envejecimiento demográfico de la población y su repercusión socioeconómica y sanitaria en la sociedad actual: aumento de la esperanza de vida, descenso de la natalidad, el crecimiento vegetativo negativo, el aumento de la cronicidad y la dependencia, el mayor uso de recursos sanitarios, etc. (ver el apartado 1.1.).
- En segundo lugar, para garantizar que el lector se ubique correctamente en el contexto del edadismo, es necesario desglosar la definición y significado de la salud y el envejecimiento a lo largo del tiempo. La distinción de las principales teorías del envejecimiento (biológicas, psicológicas y sociales) ayudan a comprender muchas de las creencias que las sociedades occidentales poseen a día de hoy, incluyendo las típicas de la agenda edadista, pasando de las teorías principalmente negativistas que son las biológicas, centradas principalmente en el deterioro del cuerpo humano con el paso del tiempo, a las psicológicas, basadas en el desarrollo de la personalidad, y las sociales, que aunque describen la situación del individuo con el entorno, sirven como precursoras de varias de las actitudes edadistas actuales, o al contrario, preceden a varios conceptos del envejecimiento positivo (ver el apartado 1.2.).
- En tercer lugar, se contextualiza la Geriátrica, explicando sus principales pilares (VGI, equipo interdisciplinar y niveles asistenciales geriátricos). La VGI, la cual se sustenta notablemente en el modelo biopsicosocial de salud, es una de las principales bazas metodológicas de la parte empírica de los ESTUDIOS I & II que conforman esta Tesis Doctoral, ya que desde una perspectiva multidimensional, se tratan de analizar múltiples factores que puedan estar relacionados con la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento, tanto en personas institucionalizadas como no institucionalizadas (ver el apartado 1.3.).
- En cuarto lugar, el apartado relativo al edadismo o discriminación por edad, representa el corazón teórico del este trabajo, ya que contextualiza

y define la discriminación por edad, describiendo los componentes que la forman (cognitivo, afectivo y conductual), varias de las teorías que explican la adquisición de estereotipos edadistas y su posterior conversión en prejuicios y comportamientos discriminatorios y sus distintas variantes (edadismo positivo), la percepción del envejecimiento a lo largo de la historia, las consecuencias de la discriminación por edad a nivel individual, interpersonal e institucional, y finalmente las discrepancias respecto a los distintos mitos que conforman el ideario edadista (ver el apartado 1.4.).

- En quinto y último lugar, el apartado final de la parte teórica de esta Tesis Doctoral, corresponde a los antecedentes de este trabajo de investigación, incluyendo varios de los instrumentos de evaluación más utilizados en el estudio del edadismo y sus distintos componentes, estudios previos que analicen la relación de las actitudes edadistas con variables multidimensionales, y finalmente una recopilación de diversas intervenciones educativas para corregir este tipo de discriminación basado en la edad (ver el apartado 1.5.).

La *parte empírica* se compuso de 3 estudios distintos. Mientras que el ESTUDIO I y el ESTUDIO II analizan la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y distintas variables multidimensionales (físicas, psicológicas y sociales) en muestras provenientes de 2 contextos sociales distintos, concretamente personas mayores residentes en centros sociosanitarios en el primer estudio y personas mayores que viven en sus hogares en el segundo; el ESTUDIO III busca diseñar y aplicar una sesión educativa combinada con un visionado de videos relacionados con el edadismo (ejemplo positivo + ejemplo negativo), con el fin de mejorar a corto (1 semana) y medio plazo (1 mes) la percepción del envejecimiento de una muestra de personas mayores que viven en sus hogares y acuden a centros sociales a realizar actividades.

Para elaborar los modelos que explicasen la relación existente entre dichos estereotipos del envejecimiento y las variables multidimensionales de los ESTUDIOS I & II, se llevó a cabo un análisis estadístico mediante un modelo lineal generalizado, integrando en él, variables que habían resultado significativas o con tendencias claras ( $p < 0,1$ ) en el modelo univariante. Las variables explicativas fueron completamente distintas, dependiendo del lugar de residencia o el sexo de los participantes (ver [Anexo 27](#)):

- Según el ESTUDIO I, en la muestra total de personas mayores institucionalizadas, los hombres, sin participación en actividades de los

centros sociosanitarios, con mayores tiempos de institucionalización, con una menor autonomía en AIVD y con limitación mínima (en comparación a limitación leve) en el SPPB fueron los que más estereotipos negativos del envejecimiento presentaron. A la hora de describir los modelos según sexo en centros sociosanitarios, en el caso de los hombres, aquellos que habían trabajado en la agricultura (en comparación de los que trabajaron en el sector de los servicios), que no participaban en actividades de los centros sociosanitarios, que llevaban más tiempo institucionalizados y que tenían una menor autonomía para las AIVD, mostraron una visión más negativa del envejecimiento. Las mujeres de este contexto, sin embargo, solo contaron con la edad en el modelo, siendo las más jóvenes las que referían un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento.

- Respecto al ESTUDIO II, en la muestra total de personas mayores que viven en sus hogares, las personas más jóvenes, con estudios superiores (comparándolas con participantes sin estudios, con estudios primarios y estudios secundarios), con una pensión de jubilación de  $> 966,75$  € (en comparación con los/as que recibían  $< 847,52$  €), que nacieron en la CAPV, que no habían ejercido el rol de cuidador de un familiar dependiente o enfermo, y que referían tener una mejor calidad de vida fueron los participantes que menos estereotipos negativos del envejecimiento reportaron. Al segmentar la muestra por sexo, los hombres más jóvenes, con un menor número de enfermedades crónicas, más fuerza en la mano derecha y un mejor estado psicoafectivo (menor puntuación de la EADG) fueron los que presentaron una visión con menos estereotipos edadistas. En las mujeres, aquellas con estudios superiores (en comparación con las que no tenían estudios, tenían estudios primarios y estudios secundarios), con una pensión de jubilación de  $> 966,75$  € (comparándolas con las que recibían  $< 847,52$  €), nacidas en la CAPV y que referían una mejor calidad de vida, reportaron una visión más positiva del proceso de envejecer.

Analizados los resultados del ESTUDIO I & II, es evidente que el edadismo o discriminación por edad no es igual en personas mayores que viven en centros sociosanitarios y en personas mayores que viven en sus hogares. Lo mismo sucede con el sexo, dado que los modelos que explican el edadismo en hombres son totalmente distintos a

los de las mujeres. Todo ello nos lleva a la conclusión de que el edadismo requiere un enfoque distinto a la hora de ser abordado, ya sea según el lugar de residencia o el sexo.

Las personas mayores institucionalizadas son una muestra que cuenta con una escasa representación en la literatura. El trabajo de Buckinx et al. (2018), el cual ha sido mencionado a lo largo de esta Tesis Doctoral en numerosas ocasiones, hizo uso de una muestra de personas institucionalizadas que no padecían deterioro cognitivo, cuyo objetivo fue analizar la relación entre actitudes edadistas y la fragilidad de los residentes, concluyendo que las personas frágiles mostraban más actitudes negativas que las prefrágiles y las sanas.

Estas personas que residen en centros sociosanitarios y residencias, disponen de características completamente distintas a las que viven en sus hogares y participan en la sociedad. Muchas personas mayores, cuando sucede la institucionalización, están a merced de problemas de salud tales como el deterioro funcional (Dufournet et al., 2019), la demencia y el deterioro de la movilidad (Hajek et al., 2015) y la fragilidad (Kojima, 2018). Estos problemas, según pasa el tiempo, van pronunciándose, llegando a repercutir gravemente en el estado físico, cognitivo y psicoafectivo de las personas, dando esto lugar a una mayor fragilidad (Borges et al., 2013; Kojima, 2015). La totalidad de estas condiciones de salud, las cuales desembocan en la fragilidad, han sido relacionados en múltiples ocasiones con la discriminación por edad (ver los apartados 1.5.2.3.y 1.5.2.4.), por lo que el estudio del edadismo es prioritario en las personas mayores institucionalizadas, visto que estas son más vulnerables frente a este tipo de discriminación. La fragilidad, pues, es un problema de salud estrechamente relacionado al edadismo, dado que las actitudes negativas hacia el envejecimiento son más frecuentes en personas más frágiles (Buckinx et al., 2018; Gale & Cooper, 2018). Cabe destacar una menor prevalencia de la fragilidad en poblaciones de personas mayores que viven en sus hogares (Kojima, 2015; Lorenzo-López et al., 2019), por lo que su susceptibilidad ante este tipo de discriminación no será tan pronunciada. A pesar de lo anterior, tampoco se debe pasar por alto el abordaje del edadismo en esta población, ya que el edadismo, que ha mostrado una prevalencia considerable en este tipo de muestras (Barber & Tan, 2018; Han & Richardson, 2015; Hooker et al., 2019; Palmore, 2001), da lugar a múltiples problemas en la salud física, mental y social de la persona mayor, independientemente de su lugar de residencia (ver el apartado 1.4.3.1.).

Las diferencias en el comportamiento de la variable edad en ambas muestras también es un hecho destacable. En la muestra institucionalizada (ESTUDIO I), concretamente en el caso de las mujeres, fueron las más jóvenes las que reportaron un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento. Pocos estudios en la bibliografía respaldan este

resultado (Hooker et al., 2019; Levy et al., 2014; Parish et al., 2019; Wilson et al., 2019). A pesar de ello, existen trabajos que indican que el edadismo puede propiciar la institucionalización innecesaria de la persona mayor (Blanca et al., 2005; Healy, 1993; Palmore, 1999; Ragan & Bowen, 2001), por lo que la institucionalización prematura de estas mujeres podría estar asociada con actitudes negativas hacia el envejecimiento. La institucionalización, además, puede influir negativamente en la calidad de vida de las personas mayores (de Medeiros et al., 2020), lo cual, de una forma o de otra, coincide con el efecto perjudicial que la discriminación por edad ha resultado tener sobre la calidad de vida de estas personas (Chang et al., 2020; Dionigi, 2015; Shin et al., 2019; Swift et al., 2017). De la mano de la calidad de vida, el deterioro físico y mental, la limitación funcional y una menor relación con la familia y amigos, son factores que actúan como barrera para el envejecimiento activo en el contexto en personas mayores que residen en instituciones (Fernández-Mayoralas et al., 2015). Todas estas variables, asociadas también a la discriminación por edad (ver los apartados 1.5.2.3., 1.5.2.4. y 1.5.2.5), impiden que las personas mayores adopten conductas saludables, afectando esto negativamente en la percepción del envejecimiento de las mismas, y por ende, en su propia salud (Mendoza-Ruvalcaba & Fernández-Ballesteros, 2016; Minichiello et al., 2000; Walker, 2002).

El ESTUDIO II, por el contrario, coincide con la mayor parte de investigaciones disponibles, manifestando que las personas mayores no institucionalizadas de mayor edad presentan una visión más negativa del envejecimiento (Freeman et al., 2016; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009b; Shin et al., 2019). El hecho de que un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento se asocie a una mayor edad, esta vez sin estar influenciada por la institucionalización, podría explicarse por las variables que conforman el modelo del mismo ESTUDIO II: nivel educativo, nivel socioeconómico, lugar de nacimiento, número de enfermedades crónicas, rol de cuidador/a, fuerza de las manos, estado psicoafectivo y la calidad de vida (ver el apartado 2.3.2.5.). Otras condiciones de salud más prevalentes con el transcurso del tiempo y relacionadas también con la discriminación por edad, tales como una mayor mortalidad, el deterioro funcional y cognitivo y la fragilidad también podrían explicar la asociación entre edadismo y edad (ver los apartados 1.5.2.3. y 1.5.2.4.).

En cuanto a las diferencias intergénero en los modelos de estereotipos negativos del envejecimiento, estas pueden ser explicadas con diversos argumentos (ver el apartado 1.5.2.2.2.). En la literatura, las mujeres han sido las que han presentado una visión del envejecimiento más negativa (Ayalon, 2018; Castellano & de Miguel, 2010; Castellano, 2014; Palmore, 2001; Sánchez et al., 2009b; Sanhueza, 2014). Las mujeres mayores, en comparación a los hombres, son más vulnerables ante el edadismo, debido a que en las

sociedades occidentales, estas son discriminadas doblemente al sufrir en mayor medida el patriarcado, el trascurso del tiempo y la canonización de la propia imagen (de Lemus & Expósito, 2005). Esto fue relatado inteligentemente por Sontag (1979), la cual refirió diferencias entre la concepción del envejecimiento masculino y femenino, describiendo el primero como un proceso de maduración y el segundo como un proceso de deterioro. Es común en la bibliografía atribuir características negativas específicamente a las mujeres mayores, tales como la discapacidad, el deterioro funcional, una peor calidad de vida, mayor gasto sociosanitario, etc. (Marengoni et al., 2011; Nakamura & Miyao, 2008). A pesar de estas falsas creencias y mitos, otros autores enfatizan las virtudes del envejecimiento femenino: menor tasa de mortalidad y mayor esperanza de vida (Lipsky et al., 2014), un deterioro cognitivo menos precoz y mayor comprensión de las emociones (Gur & Gur, 2002), menor mortalidad relacionada con mala salud mental (Kiely et al., 2019), menor vulnerabilidad ante la soledad (Barreto et al., 2020), mayor tolerancia a la fragilidad (Gordon et al., 2017), etc. Lo que está claro es que el envejecimiento no es igual en hombres que en mujeres (Nakamura & Miyao, 2008), por lo que el edadismo ha de ser abarcado de distinta forma en hombres y en mujeres. El ESTUDIO I arroja resultados muy novedosos, dado que sus resultados se unen al grupo muy exclusivo de estudios que reportan una menor presencia de estereotipos del envejecimiento en mujeres que en hombres (Freeman et al., 2016). Esto podría justificarse, además de por las ventajas presentes en el envejecimiento femenino mencionadas anteriormente en este párrafo, por una menor carga de trabajo y de responsabilidades de la mujer mayor que vive en residencias, ya que en el hogar, ya sean viudas o vivan con sus respectivos maridos, son las principales responsables de las tareas del hogar, y también del cuidado de los nietos/as (Choi et al, 2016; Hayslip & Kaminski, 2005; Hayslip et al., 2019).

La adopción de la metodología de la VGI también representa un epígrafe novedoso respecto a lo visto anteriormente en la literatura referente al edadismo. Si bien hay trabajos que se aventuran a analizar la relación entre la discriminación por edad y variables de distinta índole, en su mayoría procedentes de una dimensión específica (ver el apartado 1.5.2.), ninguno lo hace desde la perspectiva multidimensional e integral que ofrece la VGI, que en el caso del presente trabajo, concretamente en los ESTUDIOS I & II, ha permitido la elaboración de modelos compuestos por variables físicas, psicológicas y sociales que expliquen la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento en 2 muestras de personas mayores procedentes de 2 contextos sociales distintos (institucionalizadas y no institucionalizadas). Múltiples son las ventajas que ha ofrecido la VGI en el campo asistencial, como por ejemplo, mejoras en el estado funcional, cognitivo y afectivo, mayor eficiencia en el uso de recursos sociosanitarios, mejoras en la calidad de vida, etc. (Abizanda

et al., 2000; Ellis et al., 2011; Pérez & Mateos, 2011; Rubenstein et al., 1984; Stuck et al., 1993), por lo que su uso a la hora de estudiar el edadismo está más que justificado conocidas sus virtudes y las consecuencias negativas que este tipo de discriminación acarrea en la salud física, mental y social de la persona mayor (Allen, 2016; Chang et al., 2020; Levy et al., 2020; Wurm et al., 2007), y el mayor gasto sanitario que ello conlleva (Dong, 2015).

A pesar de las bondades que la inclusión de personas mayores institucionalizadas y la metodología de la VGI pueden aportar en el contexto del edadismo, sin olvidar el enfoque de género del mismo, desgraciadamente, los resultados de los ESTUDIO I & II no son extrapolables a la población general mayor, ya que las muestras empleadas en los mismos son personas mayores residentes en centros sociosanitarios y personas mayores que viven en sus hogares y acuden a centros sociales respectivamente, añadiendo a esto que ambas muestras no presentan deterioro cognitivo ni funcional. Esto limita considerablemente la comparación de resultados entre ambas muestras. La diferencia entre las medias de edad también dificultan la comparación, ya que las personas mayores institucionalizadas (ESTUDIO I) fueron de media más mayores que las no institucionalizadas (ESTUDIO II) ( $82,2 \pm 10$  vs  $72,1 \pm 6,69$ ).

Como bien plantean teorías sobre el edadismo tales como la SET (Levy, 2009), los estereotipos negativos del envejecimiento son adquiridos a edad temprana, influyendo inconscientemente en el individuo y ganando trascendencia en el mismo. Estos estereotipos, cuando inciden en la esfera afectiva de la propia persona, se ven afectados por los juicios de valor de la misma persona, convirtiéndose así dichas creencias en prejuicios y posteriormente estos en conductas discriminatorias (Malangón et al., 2001; Montoro, 1998). Las conductas discriminatorias, que son la forma de edadismo más explícita, están presentes a múltiples niveles, pudiendo darse a nivel individual, interpersonal e institucional (Hagestad & Uhlenberg, 2005; Iversen et al., 2009; McGowan, 1996; Palmore, 1999).

Un ejemplo evidente de discriminación por edad en el campo de la investigación es la escasa representación que las personas mayores tienen a la hora de diseñar y aplicar intervenciones destinadas a hacer frente a este tipo de discriminación. El edadismo merma considerablemente el interés de los estudiantes y profesionales del campo de la gerontología y la geriatría a la hora de trabajar con personas mayores, reflejándose esto en la exclusión de la investigación de este grupo de edad (Chang et al., 2020; Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Kagan & Melendez-Torres, 2015; León et al., 2015; Makris et al., 2015; Shima et al., 2016). Esto va en concordancia con la invisibilidad padecida por las personas mayores en los medios de comunicación (IMSERSO, 2011; Portal Mayores, 2012), que sospechosamente se desvanece en tiempos de campaña electoral, obviamente por intereses

meramente políticos (Bárcena et al., 2009; de Lemus & Expósito, 2005; Gracia, 2011; Helduak Adi, n.d.).

Pocos estudios son los que incluyen personas mayores en sus intervenciones destinadas a hacer frente al edadismo (Abrams et al., 2008; Herrera et al., 2010). Vista la efectividad de las 2 anteriores intervenciones, la autonomía de un amplio porcentaje de este colectivo y su predisposición a seguir siendo miembros activos de la sociedad (Edefundazioa, 2013; Graciani et al., 2004; IMSERSO, 2008; 2010; INE, 2020f), las intervenciones educativas/informativas, que han resultado ser muy efectivas a la hora de afrontar el edadismo en estudiantes y profesionales sociosanitarios (Burnes et al., 2019; Chonody, 2015), se postulan como un tipo de intervención de gran interés para mejorar la percepción del envejecimiento de las personas mayores, y más cuando se ha reportado en repetidas ocasiones que el nivel educativo es la variable más estrechamente relacionada a la discriminación por edad en mayores (Castellano, 2014; Freeman et al., 2016; Lasagni et al., 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014), incluyendo en el mismo ESTUDIO II de la presente Tesis Doctoral (ver el apartado 2.3.2.5.).

El ESTUDIO III de este trabajo se compone de un grupo experimental que participó en una única sesión educativa/informativa combinada con el visionado de videos (*I + E*), siendo comparado este con un grupo control que visualizó en una sola sesión un video sobre la sexualidad y otro sobre el deterioro cognitivo (*E*). Este estudio, en una sola sesión de 1 hora, logró reducir el número de estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE Total) y del carácter y personalidad (CENVE III) del grupo experimental presentes 1 semana antes de la intervención (PRE), al de 1 semana (POST) y 1 mes (FOLLOW-UP) después de la misma. A su vez hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las mejoras del grupo experimental en comparación al grupo control, siendo el tamaño de efecto de la intervención mayor en el primero, y no habiendo cambios significativos en la percepción del envejecimiento del segundo. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el POST y el FOLLOW-UP del CENVE Total y el CENVE III, por lo que la mejora obtenida a corto plazo se mantuvo a medio plazo.

La eficiencia mostrada por el ESTUDIO III a la hora de mejorar la percepción del envejecimiento de las personas mayores es digna de mención, ya que en una sola sesión educativa (información) y de visionado de videos (contacto indirecto) se ha logrado hacer promoción de una imagen del envejecimiento más positiva en la muestra a estudio. Varios estudios de corte similar a este (*I + E*) han obtenido resultados parecidos en estudiantes y profesionales sociosanitarios, ya sea combinando información con discusiones grupales (Lucchetti et al., 2017; Merz et al., 2018; Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003) o con

visionados de videos o películas (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Braun et al., 1998), aunque en este caso, únicamente el estudio de Lucchetti et al. (2017) hizo uso de un grupo control sin hallar diferencias estadísticamente significativas entre grupo experimental y el grupo control. Ninguno de los anteriores estudios consideró una tercera medición FOLLOW-UP. Los POST estipulados en estos estudios eran más en vistas a largo plazo, como son el ejemplo de Braun et al. (1998) y Merz et al. (2018) al de 6 meses, y el de Lucchetti et al. (2017) al de 8 meses. Solo Blanco-Molina y Pinazo-Hernandis (2016) incluyeron un POST inmediato al de 1 semana. Sin embargo, tanto el trabajo de Stuart-Hamilton y Mahoney (2003), como el de Blanco-Molina y Pinazo-Hernandis (2016), al igual que el ESTUDIO III, constaron de intervenciones de una sola sesión, al contrario del resto de estudios de la bibliografía, que en su mayoría presentaron una media de duración de unas 12,6 semanas (Burnes et al., 2019). Tal y como refieren Couper y Pratt (1999), las intervenciones de un solo día pueden servir de introducción hacia intervenciones más duraderas. Además, la utilización del CENVE, que es la herramienta más utilizada en poblaciones hispanohablantes, incluyendo España (Rosell et al., 2020), permite evaluar de forma valida y fiable la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento en este tipo de muestras.

Conocidos los resultados del ESTUDIO III, su eficiencia en cuanto al objetivo que le es menester y la ausencia de investigaciones de metodología idéntica, este estudio puede servir de punto de partida a la hora de diseñar intervenciones breves para mejorar la percepción del envejecimiento en muestras de personas mayores. Aunque la metodología de este último estudio representa un soplo de aire fresco e invita al optimismo, su comparación con estudios similares se vuelve tortuosa, ya que, tal y como se indica anteriormente, pocos trabajos previos se asemejan al mismo (ver [Anexo 15](#)). Se requieren más estudios que corroboren la efectividad de intervenciones educativas e informativas (*I*) combinadas con el contacto indirecto (*E*), concretamente el visionado de videos, en una sola sesión, en 3 tiempos distintos y en muestras de personas mayores. Es destacable también que la selección de una muestra de personas mayores que viven en su domicilio y acuden a centros sociales a realizar actividades también representa una limitación, dado que no representan a la población mayor general. Los resultados de la intervención educativa ideada y aplicada en el ESTUDIO III, unidos a la unanimidad sobre la influencia del nivel educativo en la percepción del envejecimiento tanto en la bibliografía (Castellano, 2014; Freeman et al., 2016; Lasagni et al., 2013; Menéndez et al., 2016; Sánchez, 2004; Sánchez et al., 2009a; 2009b; Sanhueza, 2014), como en ESTUDIO II de este mismo trabajo, invitan a seguir en esta línea a la hora de desarrollar nuevas intervenciones para afrontar la discriminación por

edad y así beneficiarse de las ventajas de envejecer concibiendo el envejecimiento de manera realista y sin estereotipos negativos referentes al mismo.

Aunque las mejoras a corto (1 semana) y medio plazo (1 mes) parecen prometedoras, habría sido realmente útil realizar una medición a largo plazo para valorar si los resultados de la intervención se mantienen en lapsos de tiempo más amplios. Los estudios disponibles en la literatura que se asemejan a este (*I + E*) así lo refieren, especialmente a los 6 (Braun et al., 1998; Merz et al., 2018) y 8 meses (Lucchetti et al., 2017). La disonancia cognitiva (Festinger, 1957), que se fundamenta en el refuerzo a lo largo del tiempo, podrían facilitar el mantenimiento de dichas actitudes positivas a largo plazo.

La estandarización del CENVE a la hora de enfrentar a la discriminación por edad también es un requisito de gran trascendencia en nuestro entorno. Esto es debido a que esta herramienta raramente ha sido utilizada con esta finalidad (Blanco-Molina & Pinazo-Hernandis, 2016; Sarabia & Castanedo, 2015), por lo que se necesitan más estudios que hagan uso del mismo. Autores como Nunes et al. (2018) sugieren abiertamente su uso para tal fin.

Finalmente, en aras de esclarecer el punto de partida del trabajo que nos acontece, es necesario justificar la elección de la dimensión cognitiva del edadismo (estereotipos y creencias) a la hora de abordar la temática edadista, ya sea en el campo teórico, descriptivo o experimental. Si bien los primeros trabajos disponibles en la literatura estudiaban la dimensión cognitiva del edadismo, comenzando en la década de los 50 (Tuckman & Lorge, 1953) y prosiguiendo con la de los 70 y 80 (Kilty & Feld, 1976; Morgan & Bengtson, 1976; Palmore, 1977), simultáneamente, a menor velocidad, fueron también creciendo el cuerpo bibliográfico que analizaban los prejuicios (dimensión afectiva) y los comportamientos discriminatorios (dimensión conductual) (Kogan, 1961; Rosencranz & McNevel, 1969; Villar, 1997). En la actualidad, tal y como refieren Ayalon et al. (2019) en su revisión sistemática, el componente más ampliamente estudiado del edadismo sigue siendo el cognitivo. Además, los estereotipos representan el origen de toda actitud edadista, ya que de ellos se originan los prejuicios y las conductas discriminatorias (Malangón et al., 2001; Montoro, 1998), por lo que su abordaje en primera instancia precediendo a los 2 posteriores componentes puede estar justificada.

## **4. CONCLUSIONES**



Las conclusiones obtenidas de la *parte empírica* del presente trabajo (ESTUDIOS I, II & III), serán redactadas en concordancia a los objetivos (ver el apartado 2.1.1.) e hipótesis (ver el apartado 2.1.2.) inicialmente planteados para el mismo. Tal y como se describe en ambos apartados, esta Tesis Doctoral consta de 2 objetivos principales, 7 objetivos específicos, y 2 hipótesis generales. A continuación, son presentadas las conclusiones fruto de la elaboración y ejecución de los estudios que conforman este escrito:

1. Las personas mayores que vivían en centros sociosanitarios (ESTUDIO I), que eran hombres, que no participaban en ninguna actividad ofertada por los centros, que llevaban más años institucionalizadas, con una menor autonomía en las AIVD, y que se ubicaban en la categoría de limitación mínima del SPPB (comparadas a las de limitación leve), fueron las que reportaron un mayor número de estereotipos negativos del envejecimiento.

1.1. Los hombres institucionalizados que ejercieron su profesión en el sector de la agricultura (en comparación a los que hicieron lo propio en el sector de servicios), que no participaron en actividades del centro, más tiempo institucionalizados, y con menor autonomía en las AIVD, mostraron una percepción del envejecimiento más negativa.

1.2. En el caso de las mujeres, únicamente la variable edad se asoció significativamente a los estereotipos negativos del envejecimiento, resultando las más jóvenes las que referían una visión del envejecimiento más negativa.

2. En lo que respecta a las personas mayores que residían en sus hogares (ESTUDIO II), en la muestra total, fueron las más jóvenes, las que poseían estudios superiores (si se equiparan con las que no tenían estudios, con estudios primarios y con estudios secundarios), con una pensión de jubilación mensual de  $> 966,75 \text{ €}$  (comparándolas con las que recibían  $< 847,52 \text{ €}$ ), que nacieron en la CAPV, que no fueron cuidadores/as de ningún familiar enfermo, y que reportaron una mejor calidad de vida, fueron las que presentaron una menor presencia de estereotipos negativos del envejecimiento.

2.1. Entre los hombres de este segundo estudio, los más jóvenes, que padecían un menor número de enfermedades crónicas, con más fuerza en la mano, y con un menor número de síntomas de ansiedad y depresión, reportaron una percepción del envejecimiento más positiva.

2.2. Las mujeres que vivían en sus hogares con estudios superiores (teniendo en cuenta a las que no tenían estudios, con estudios primarios y secundarios), con las pensiones de jubilación más elevadas ( $> 966,75 \text{ €}$  vs  $< 847,52 \text{ €}$ ), que

nacieron en la CAPV y con una mejor calidad de vida referida, concibieron el proceso de envejecer con menos estereotipos negativos.

3. La intervención diseñada y aplicada en el ESTUDIO III para el grupo experimental, el cual se compuso de personas mayores que vivían en sus hogares y participaron en una única sesión educativa acompañada de un visionado de videos (*I + E*), reportó mejoras significativas a corto (POST; 1 semana después) y medio plazo (FOLLOW-UP; 1 mes después) en la percepción del envejecimiento (CENVE Total) y en la percepción del carácter y personalidad (CENVE III), en comparación a la visión previa que tenían esos individuos sobre el proceso de envejecer (PRE; 1 semana antes).

- 3.1. El tamaño de efecto de la intervención en el grupo experimental fue grande, siendo más elevado que el del grupo control, que asistió a una sesión de visionado de videos cuya temática fue la sexualidad y el deterioro cognitivo (*E*).

- 3.2. Mientras que existieron diferencias estadísticamente significativas entre la evolución de los resultados del grupo experimental y del grupo control durante la intervención, el grupo control no reportó mejoras significativas en la percepción del envejecimiento que presentaba, por lo que podría decirse que la intervención del grupo experimental cumplió con la finalidad por la que fue diseñada.

- 3.3. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el POST y el FOLLOW-UP del grupo experimental, por lo que las mejoras logradas a corto plazo se mantienen estables a medio plazo.

Una vez enumeradas las conclusiones, conviene dar respuesta a las 2 hipótesis generales propuestas en este trabajo de investigación, las cuales serán enunciadas como **H<sub>1</sub>** y **H<sub>2</sub>**. Mientras que la primera hipótesis hace referencia a los ESTUDIOS I & II, la segunda únicamente se centra en el ESTUDIO III:

**H<sub>1</sub>**. La presencia de estereotipos negativos del envejecimiento, considerando los modelos resultantes de los 2 primeros estudios, está sujeta a variables de distinta índole. Entre dichas variables se contempla la multidimensionalidad de las mismas, contando de esta forma con variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, pensión de jubilación, profesión ejercida, lugar de nacimiento, participación en actividades, tiempo de institucionalización, número de enfermedades crónicas y rol de cuidador/a), variables físicas (autonomía en AIVD, fuerza en ESD y estado funcional de EEII) y variables psicológicas (estado psicoafectivo: ansiedad y depresión; y calidad de vida).

Aunque en la dimensión social el sentimiento de soledad no se asoció significativamente al edadismo en ninguna de las 2 muestras, otras variables de índole sociodemográfica, como pueden ser el lugar de nacimiento, la participación en actividades, el tiempo de institucionalización y la función de cuidador/a, u otras variables psicológicas como la calidad de vida, están también bajo el amparo de la dimensión social, por lo que, vista la relación entre los estereotipos negativos del envejecimiento y variables multidimensionales, y los distintos modelos que explican la discriminación por edad según el lugar de residencia (institucionalizados y no institucionalizados) y según el sexo (hombres y mujeres), puede concluirse que la **H<sub>1</sub>** de la presente Tesis Doctoral se ha cumplido.

**H<sub>2</sub>**. El grupo experimental reportó mejoras estadísticamente significativas en la percepción del envejecimiento (CENVE Total) y del carácter-personalidad (CENVE III) a corto (POST; 1 semana después) y medio plazo (FOLLOW-UP; 1 mes después), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre el POST y el FOLLOW-UP. Al mismo tiempo, el tamaño de efecto de la intervención del grupo experimental, que fue grande, era mayor que el del grupo control, los cuales no lograron mejorar su visión del envejecimiento, existiendo diferencias entre ambos grupos. Estos hechos dan lugar al cumplimiento de la **H<sub>2</sub>**, dado que se confirma una mejora más pronunciada de la visión del envejecimiento en el grupo experimental a corto y medio plazo en comparación al grupo control, y que dicha mejora se mantiene estable a medio plazo.

Si bien es cierto que los estereotipos referentes a la salud (CENVE I) y a la motivación y socialización (CENVE II) no se ven reducidos, en futuros estudios que hagan uso de la metodología planteada en este tercer estudio, acompañada de muestras de mayor tamaño y de un refuerzo de la intervención a largo plazo, podrían obtenerse mejoras a largo plazo también en esos 2 grupos de estereotipos.



## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Abete, P., Cherubini, A., Di Bari, M., Vigorito, C., Viviani, G., Marchionni, N., ... & Rengo, F. (2016). Does comprehensive geriatric assessment improve the estimate of surgical risk in elderly patients? An Italian multicenter observational study. *The American Journal of Surgery*, 211(1), 76-83. doi:10.1016/j.amjsurg.2015.04.016
- Abizanda, P., Gallego, J., Sánchez, P., & Díaz, C. (2000). Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 35(5), 261-268.
- Abrams, D., Eller, A., & Bryant, J. (2006). An age apart: the effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychology and aging*, 21(4), 691-702. doi:10.1037/0882-7974.21.4.691
- Abrams, D., Crisp, R. J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L., & Provias, D. (2008). Threat inoculation: experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychology and aging*, 23(4), 934-939. doi:10.1037/a0014293
- Abrams, D., & Swift, H. (2012). *Experiences and expressions of ageism: Topline results (UK) from round4 of the European Social Survey, ESS Country Specific Topline Results (2)*. London, England: Centre for Comparative Social Surveys. Recuperado de [https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS4\\_gb\\_toplines\\_experiences\\_and\\_expressions\\_of\\_ageism.pdf](https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS4_gb_toplines_experiences_and_expressions_of_ageism.pdf)
- Abrantes, R., López, M., & Morales, F. (2012). Niveles sociosanitarios de atención y seguridad social para los adultos mayores en Iberoamérica. En L. M. Gutiérrez, M. C. García, V. Arango, & M. U. Pérez (Eds.), *Geriatría para el médico familiar*. Mexico: Editorial el Manual Moderno.
- Achenbaum, W. A., & Levin, J. S. (1989). What Does Gerontology Mean? *The Gerontologist*, 29(3), 393-400. doi:10.1093/geront/29.3.393
- Agronin, M. E. (2014). From Cicero to Cohen: Developmental theories of aging, from antiquity to the present. *The Gerontologist*, 54(1), 30-39. doi:10.1093/geront/gnt032
- Aird, W. C. (2011). Discovery of the cardiovascular system: from Galen to William Harvey. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 9(Supplement\_1), 118-129. doi:10.1111/j.1538-7836.2011.04312.x

- Ajdukovic, M., Ogresta, J., & Rusac, S. (2009). Family violence and health among elderly in Croatia. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(3), 261-279. doi:10.1080/10926770902835873
- Alarcón-Alarcón, T., & González-Montalvo, J. I. (2001). Niveles asistenciales en la asistencia geriátrica. En M. González-Barón, J. I. González-Montalvo, & J. Feliu-Batlle (Eds.), *Cáncer en el Anciano* (pp. 55-70). Barcelona, España: Masson.
- Alcalde, I., & Laspeñas, M. (2005). Ocio en los mayores: calidad de vida. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp. 43-62). Logroño, España: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.
- Aldwin, C., & Igarashi, H. (2012). An Ecological Model of Resilience in Late Life. En B. Hayslip (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Volume 32, 2012: Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life* (pp. 115-130). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284. doi:10.1016/0006-3223(88)90038-8
- Allen, J. O. (2016). Ageism as a risk factor for chronic disease. *The Gerontologist*, 56(4), 610-614. doi:10.1093/geront/gnu158
- Allport, G.W. (1958). *The Nature of Prejudice*. New York, NY: Doubleday and Company.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counseling*, 53(2), 239-244. doi:10.1016/S0738-3991(03)00146-0
- Alonso-González, J. C. (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55-70.
- Alvarado, A. M., & Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi:10.4321/S1134-928X2014000200002
- Álvarez-Fernández, B., Formiga, F., de Mora-Martín, M., Calleja, F., & Gómez-Huelgas, R. (2017). Comprehensive Geriatric Assessment and Transcatheter Aortic Valve Replacement. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(4), 469-470. doi:10.1016/j.jacc.2016.08.087
- Álvarez-Cordero, R. (2018). *La vejez ya no es lo que era*. Guadalajara, México: Imagia Comunicación.

- Amico, L. D. C. (2009). Envejecer en el siglo XXI." No siempre Querer es Poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Margen55*, (59), 49-82.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... & Grassi, L. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125-131. doi:10.1192/bjp.bp.115.180463
- Andrews, R. M., Tan, E. J., Varma, V. R., Rebok, G. W., Romani, W. A., Seeman, T. E., ... & Carlson, M. C. (2017). Positive Aging Expectations Are Associated With Physical Activity Among Urban-Dwelling Older Adults. *The Gerontologist*, 57(Supplement\_2), S178-S186. doi:10.1093/geront/gnx060
- Angiullo, L., Whitbourne, S. K., & Powers, C. (1996). The effects of instruction and experience on college students' attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 22(5), 483-495. doi:10.1080/0360127960220507
- Anton, A. L. (2016). Aging in Classical Philosophy. En G. Scarre (Ed.), *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging* (1<sup>st</sup> ed., pp. 115-134). London, England: Palgrave Macmillan.
- Aréchiga, H. (2006). La evolución de conceptos en las Ciencias de la Salud. En P. González & M. Roitman (Coords.), *La formación de conceptos en ciencias y humanidades* (1<sup>st</sup>., pp. 129-138). Romero de Terrenos, México: siglo veintiuno editores.
- Aristizábal-Vallejo, N., Morales, A., Salas, B. C., & Torres, Á. M. (2009). Estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes universitarios. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 35-44.
- Armstrong, B., Gallant, S. N., Li, L., Patel, K., & Wong, B. I. (2017). Stereotype threat effects on older adults' episodic and working memory: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 5(Supplement\_2), S193-S205. doi:10.1093/geront/gnx056
- Aronson, J. (2002). Stereotype threat: Contending and coping with unnerving expectations. En J. Aronson (Ed.), *Improving Academic Achievement: Impact of Psychological Factors on Education* (pp. 279-301). Academic Press.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), 254-261.

- Arroyo, A. (2003). Migraciones. In A. Arroyo (Coord.), *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España* (1<sup>st</sup> ed., pp. 209-253). Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Aspinall, R., & Andrew, D. (2000). Immunosenescence: potential causes and strategies for reversal. *Biochemical Society Transactions*, 28(2), 250-254. doi:10.1042/bst0280250
- Atkinson, L. E. (2019). *Does Age-Related Stereotype Threat Affect Older Adults' Recognition of Emotion?* (Tesis Doctoral, University of Otago, Dunedin, Nueva Zelanda). University of Otago. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10523/9636>
- Auerswald, E. H. (1998). Interdisciplinary versus ecological approach. *Families, Systems, & Health*, 16(3), 299-308. doi:10.1037/h0089856
- Ayalon, L., Palgi, Y., Avidor, S., & Bodner, E. (2016). Accelerated increase and decrease in subjective age as a function of changes in loneliness and objective social indicators over a four-year period: results from the health and retirement study. *Aging & Mental Health*, 20(7), 743-751. doi:10.1080/13607863.2015.1035696
- Ayalon, L. (2018). Perceived age discrimination: A precipitator or a consequence of depressive symptoms?. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(5), 860-869. doi:10.1093/geronb/gbw101
- Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulionienė, S., Perek-Białas, J., Rapolienė, G., Stypinska, J., ... & de la Fuente-Núñez, V. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Aging research reviews*, 54. doi:10.1016/j.arr.2019.100919
- Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *International Psychogeriatrics*, 1-11. doi:10.1017/s1041610220000575
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S. D., Rothermund, K., ... & Wahl, H.-W. (2020). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. doi:10.1093/geronb/gbaa051
- Badash, I., Kleinman, N. P., Barr, S., Jang, J., Rahman, S., & Wu, B. W. (2017). Redefining health: the evolution of health ideas from antiquity to the era of value-based care. *Cureus*, 9(2), e1018. doi:10.7759/cureus.1018
- Baer, H. (2004). *Toward an Integrative Medicine. Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek, California: AltaMira Press.

- Bailey, W. C. (2006). Dr. Ruth's sex after 50: Revving up the romance, passion and excitement. *Journal of Women & Aging*, 18(3), 89-91.
- Balcombe, N. R., & Sinclair, A. (2001). Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best practice & research Clinical gastroenterology*, 15(6), 835-849. doi:10.1053/bega.2001.0244
- Baltes, B. B., Rudolph, C. W., & Bal, A. C. (2012). A Review of Aging Theories and Modern Work Perspectives. En J. W. Hedge & W. C. Borman (Eds.), *the Oxford Handbook of Work and Aging* (pp. 117-150). Oxford Library of Psychology. doi:10.1093/oxfordhb/9780195385052.013.0069
- Barak, B., & Stern, B. (1986). Subjective Age Correlates: A Research Note. *The Gerontologist*, 26(5), 571-578. doi:10.1093/geront/26.5.571
- Barber, S. J., & Mather, M. (2014). Stereotype threat in older adults: When and why does it occur and who is most affected? En P. Verhaeghen & C. Hertzog (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of emotion, social cognition, and problem solving in adulthood* (p. 302-319). New York, NY: Oxford University Press.
- Barber, S. J., & Tan, S. C. (2018). Ageism Affects the Future Time Perspective of Older Adults. *GeroPsych*, 31(3), 115-126. doi:10.1024/1662-9647/a000189
- Bárcena, C., Iglesias, J. A., Galán, M. I., & Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería CyL*, 1(1), 46-52.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(9). doi:10.1186/1471-2318-7-9
- Barkway, P. (2013). Health and health psychology. En P. Barkway (Ed.), *Psychology for Health Professionals* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 83-108). Sídney, Australia: Elsevier Australia.
- Barón, R., & Byrne, D. (2005). *Psicología Social*. España: Prentice Hall.
- Barreto, M., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., & Qualter, P. (2020). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 110066. doi:10.1016/j.paid.2020.110066
- Barton, A. (2003). History of the development of geriatric medicine in the UK. *Postgraduate Medical Journal*, 79(930), 229-234. doi:10.1136/pmj.79.930.229

- Basran, J. F., Dal Bello-Haas, V., Walker, D., MacLeod, P., Allen, B., D'Eon, M., ... & Trinder, K. (2012). The longitudinal elderly person shadowing program: Outcomes from an interprofessional senior partner mentoring program. *Gerontology & Geriatrics Education*, 33(3), 302-323. doi:10.1080/02701960.2012.679369
- Bazo, M. T., & Maiztegui, C. (1999). Sociología de la Vejez. En M. T. Bazo (Coord.). *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional* (2<sup>nd</sup> ed.). Madrid, España: Ciencias de la Salud Panamericana.
- Bazo, M. T., & Maiztegui, C. (2014). Sociología de la Vejez. En M. T. Bazo (Coord.), *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 74-90). Madrid, España: Ciencias de la Salud Panamericana.
- Baztán, J. J., Domenech, J. R., González, M., Forcano, S., Morales, C., & Ruipérez, I. (2004). Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78(3), 355-366.
- Baztán, J. J., Suárez-García, F. M., López-Arrieta, J., & Rodríguez-Mañas, L. (2011). Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(4), 186-192. doi:10.1016/j.regg.2011.02.005
- Beauchet, O., Launay, C. P., Fantino, B., Lerolle, N., Maunoury, F., & Annweiler, C. (2013). Screening for Elderly Patients Admitted to the Emergency Department Requiring Specialized Geriatric Care. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(5), 739-745. doi:10.1016/j.jemermed.2012.11.110
- Beauvoir, S. (1970). *La vieillesse*. Paris, Francia: Gallimard.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beling, J. (2003). Effect of service-learning on knowledge about older people and faculty teaching evaluations in a physical therapy class. *Gerontology & Geriatrics Education*, 24(1), 31-46. doi:10.1300/J021v24n01\_03
- Bengtson, V., Endacott, C., & Kang, S. (2018). Older adults in churches: Differences in perceptions of clergy and older members. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 30(2), 154-178. doi:10.1080/15528030.2017.1414727

- Benyamini, Y., & Burns, E. (2019). Views on aging: older adults' self-perceptions of age and of health. *European Journal of Ageing*. doi:10.1007/s10433-019-00528-8
- Berger, K. S. (2007). Teorías del desarrollo. En *Psicología del Desarrollo* (7<sup>th</sup> ed., pp. 35-64). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Berzoff, J. (2016). Psychosocial Ego Development: The Theory of Erik Erikson. En J. Berzoff, L. Melano, & P. Hertz (Eds.), *Inside Out and Outside In: Psychodynamic Clinical Theory and Psychopathology in Contemporary Multicultural Contexts* (4<sup>th</sup> ed., pp. 100-122). London, England: Rowman & Littlefield.
- Bhattacharya, D. K. (2001). Old Age in Prehistory. *Journal of Human Ecology*, 12(4), 301-305. doi:10.1080/09709274.2001.11907622
- Biggs, R. D. (2005). Medicine, Surgery, and Public Health in Ancient Mesopotamia. *Journal of Assyrian Academic Studies*, 19(1). Recuperado de <http://www.jaas.org/edocs/v19n1/Biggs-Medicine,%20surgery.pdf>
- Bijlsma, A. Y., Meskers, C. G. M., Ling, C. H. Y., Narici, M., Kurrle, S. E., Cameron, I. D., ... & Maier, A. B. (2013). Defining sarcopenia: the impact of different diagnostic criteria on the prevalence of sarcopenia in a large middle aged cohort. *Age*, 35, 871-881. doi:10.1007/s11357-012-9384-z
- Bjorksten, J. (1942). Chemistry of duplication. *Chem. Industries*, 49(2).
- Bjorksten, J. (1968). The crosslinkage theory of aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(4), 408-427. doi:10.1111/j.1532-5415.1968.tb02821.x
- Bjorksten, J., & Tenhu, H. (1990). The crosslinking theory of aging - Added evidence. *Experimental Gerontology*, 25(2), 91-95. doi:10.1016/0531-5565(90)90039-5
- Björntorp, P. (1995). Neuroendocrine ageing. *Journal of Internal Medicine*, 238(5), 401-404. doi:10.1111/j.1365-2796.1995.tb01217.x
- Blanca, M. J., Sánchez, C., & Trianes, M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.
- Blanco-Molina, M., & Pinazo-Hernandis, S. (2016). Información y exposición indirecta para reducir estereotipos hacia el envejecimiento. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 367-380.

- Blazer, D. G. (2010). El mito, la historia y la ciencia del envejecimiento. En D. G. Blazer & D. C. Steffens (Eds.), *Tratado de Psiquiatría Gerátrica* (4<sup>th</sup> ed., pp. 3-17). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 14(510). doi:10.1186/1471-2458-14-510
- Bohannon, R. W. (2001). Dynamometer measurements of hand-grip strength predict multiple outcomes. *Perceptual and motor skills*, 93(2), 323-328. doi:10.2466/pms.2001.93.2.323
- Boland, L., Légaré, F., Perez, M. M. B., Menear, M., Garvelink, M. M., McIsaac, D. I., ... & Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. *BMC Geriatrics*, 17(20). doi:10.1186/s12877-016-0395-y
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista LASALLISTA de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Borges, C. L., Silva, M. J., Clares, J. W., Bessa, M. E., & de Freitas, M. C. (2013). Frailty assessment of institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*, 26(4), 318-322. doi:10.1590/S0103-21002013000400004
- Borok, G. M., Reuben, D. B., Zendle, L. J., Ershoff, D. H., Wolde-Tsadik, G., Rubenstein, L. Z., ... & Beck, J. C. (1994). Rationale and Design of a Multi-Center Randomized Trial of Comprehensive Geriatric Assessment Consultation for Hospitalized Patients in an HMO. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(5), 536-544. doi:10.1111/j.1532-5415.1994.tb04977.x
- Borowiak, E., & Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging clinical and experimental research*, 16, 212-220. doi:10.1007/BF03327386
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. doi:10.1370/afm.245
- Bort, E., Buckley, D., & Aubia, L. [premisoletura]. (09 de Octubre, 2012). *Esto no es un cuento* [Archivo de Video]. Recuperado de <https://vimeo.com/51057317>
- Boudjemad, V., & Gana, K. (2009). L'âgisme : Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale

- et le dogmatisme sur l'âgisme. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 28(4), 371-389. doi:10.1017/s071498080999016x
- Bousfield, C., & Hutchison, P. (2010). Contact, Anxiety, and Young People's Attitudes and Behavioral Intentions Towards the Elderly. *Educational Gerontology*, 36(6), 451-466. doi:10.1080/03601270903324362
- Bowling, A. (1993). The concepts of successful and positive ageing. *Family Practice*, 10(4), 449-453. doi:10.1093/fampra/10.4.449
- Bozarth, J. D., Barry, J. D., Myers, J. E., & Heyn, J. E. (1985). Jungian Analytical Psychology and Old Age. *Journal of Applied Gerontology*, 4(2), 105-110. doi:10.1177/073346488500400212
- Braun, K. L., Roberts, E., Dubanoski, J. P., Lenzer, A. M., & Goodman, R. J. (1998). Evaluating a telecourse on aging. *Educational Gerontology*, 24(2), 141-157. doi:10.1080/0360127980240204
- Bravo-Segal, S. (2018). Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores. *Discurso & Sociedad*, 12(1), 1-28.
- Breckman, R., & Pillemer, K. (2014). *The risk and resilienc internship project: Engaging undergraduate in learning about elder wisdom and abuse*. National Adult Protective Services, Research-to-Practice-Webinar. Recuperado de <https://vimeo.com/107044996>
- Bretscheider, J. G., & McCoy, N. L. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 109-129. doi:10.1007/BF01542662
- Breyspraak, L., & Badura, L. (2015). *Facts on Aging Quiz (revised; based on Palmore (1977; 1981))*. Recuperado de <https://aging.umkc.edu/wp-content/uploads/2015/10/Facts-on-Aging-Quiz.pdf>
- British Geriatrics Society. (2005). *Comprehensive Geriatric Assessment for Frail Older People in Hospital*. London, England: BGS.
- British Geriatrics Society. (2019). *Comprehensive geriatric assessment toolkit for primary care practitioners*.
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2044-2046. doi:10.1111/jocn.15274
- Brooks, R., & EuroQol Group. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72. doi:10.1016/0168-8510(96)00822-6

- Brose, A., Scheibe, S., & Schmiedek, F. (2013). Life contexts make a difference: Emotional stability in younger and older adults. *Psychology and Aging*, 28(1), 148-159. doi:10.1037/a0030047
- Buckinx, F., Charles, A., Rygaert, X., Reginster, J. Y., Adam, S., & Bruyère, O. (2018). Own attitude toward aging among nursing home residents: results of the SENIOR cohort. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30, 1151-1159. doi:10.1007/s40520-018-1013-y
- Bueno, M. B., Vega, J. L., Buz, J. (2005). Psicología del envejecimiento. En J. F. Macías (Ed.), *Geriatría desde el principio* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 55-68). España: Editorial Glosa.
- Bugental, D. B., & Hehman, J. A. (2007). Ageism: A Review of Research and Policy Implications. *Social Issues and Policy Review*, 1(1), 173-216. doi:10.1111/j.1751-2409.2007.00007.x
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson Jr, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), e1-e9. doi:10.2105/AJPH.2019.305123
- Burns, R., Nichols, L. O., Martindale-Adams, J., & Graney, M. J. (2000). Interdisciplinary Geriatric Primary Care Evaluation and Management: Two-Year Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 8-13. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb03021.x
- Burroughs H., & Wilkie R. (2016). Social Participation, Loneliness and Depression. En C. Chew-Graham & M. Ray (Eds.), *Mental Health and Older People* (pp. 57-65). Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-29492-6\_6
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4\_Part\_1), 243-246. doi:10.1093/geront/9.4\_Part\_1.243
- Butler, R.N. (1975). *Why Survive? Being old in America*. New York, NY: Harper and Row.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11. doi:10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x
- Butler, F. R., & Baghi, H. (2008). Using the internet to facilitate positive attitudes of college students toward aging and working with older adults. *Journal of Intergenerational Relationships*, 6(2), 175-189. doi:10.1080/15350770801955305

- Butler, M., McCreedy, E., Nelson, V. A., Desai, P., Ratner, E., Fink, H. A., ... & Kane, R. L. (2018). Does Cognitive Training Prevent Cognitive Decline? *Annals of Internal Medicine*, 168(1), 63-69. doi:10.7326/m17-1531
- Buz, J., & Prieto, G. (2012). Analysis of the de Jong Gierveld Loneliness Scale Using the Rasch Model. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.aesd
- Cabrero-García, J., Muñoz-Mendoza, C. L., Cabanero-Martínez, M. J., González-Llopis, L., Ramos-Pichardo, J. D., & Reig-Ferrer, A. (2012). Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 44(9), 540-548. doi:10.1016/j.aprim.2012.02.007
- Calasanti, T. (2016). Combating Ageism: How Successful Is Successful Aging?. *The Gerontologist*, 56(6), 1093-1101. doi:10.1093/geront/gnv076
- Caldwell, J. M., & Caldwell, D. (2010). Reading Luke for community formation against ageism. *Journal of religion, spirituality & aging*, 22(3), 211-219. doi:10.1080/15528031003613359
- Camina-Martín, M. A., de Mateo-Silleras, B., Malafarina, V., Lopez-Mongil, R., Niño-Martín, V., López-Trigo, J. A., & Redondo-del-Río, M. P. (2016). Valoración del estado nutricional en Geriátría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(1), 52-57. doi:10.1016/j.regg.2015.07.007
- Campbell, L. J., & Cole, K. D. (1987). Geriatric assessment teams. *Clinics in geriatric medicine*, 3(1), 99-110. doi:10.1016/S0749-0690(18)30829-2
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., ... & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active Aging Promotion: Results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1-14. doi:10.1155/2013/817813
- Carbajo, M. D. C. (2008). La historia de la vejez. Ensayos. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (18), 237-254.
- Carta de Derechos Fundamentales de la UE*. (18 de Diciembre, 2000). Recuperado de [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)
- Castellano, C. L., & de Miguel, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: Actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278.

- Castellano, C. L., & de Miguel, A. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(3), 359-375.
- Castellano, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(3), 108-114. doi:10.1016/j.regg.2013.06.001
- Cavalcanti, G., Doring, M., Portella, M. R., Bortoluzzi, E. C., Mascarelo, A., & Dellani, M. P. (2017). Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(5), 634-642. doi:10.1590/1981-22562017020.170059
- Cavallero, P., Morino-Abbele, F., & Bertocci, B. (2007). The social relations of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(Supplement\_1), 97-100. doi:10.1016/j.archger.2007.01.014
- Cavanaugh, R. (2017). Dr Girolamo Fracastoro (1478-1553) and the poetry of Syphilis. *Journal of Medical Biography*, 25(1), 60-61. doi:10.1177/0967772015575884
- Cella, A. (2018). Comprehensive Geriatric Assessment in the Community and in Outpatient Consultation. En A. Pilotto & F. Martin (Eds.), *Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics* (pp. 57-68). Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-62503-4\_6
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (2020). *Actualización n° 179. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 06.08.2020* [06 de Agosto, 2020]. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion\\_179\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_179_COVID-19.pdf)
- Cerezo-Reséndiz, S., & Hurtado-Rodríguez, C. (2011). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of behavior, health & social issues* (México), 3(2), 49-59. doi:10.5460/jbhsi.v3.2.30218
- Cervantes, R. G., Villarreal, E., Galicia, L., Vargas, E. R., & Martínez, L. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329-335. doi:10.1016/j.aprim.2014.07.007

- Cesari, M., Prince, M., Thiyagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., ... & Vellas, B. (2016). Frailty: An Emerging Public Health Priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 188-192. doi:10.1016/j.jamda.2015.12.016
- Chan, W., McCrae, R. R., De Fruyt, F., Jussim, L., Löckenhoff, C. E., De Bolle, M., ... & Nakazato, K. (2012). Stereotypes of age differences in personality traits: Universal and accurate?. *Journal of personality and social psychology*, 103(6), 1050-1066. doi:10.1037/a0029712
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(1), e0220857. doi:10.1371/journal.pone.0220857
- Checa, M. (2017). *Utilidad de los instrumentos de valoración de la fragilidad en medios no geriátricos* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/41226/1/T38404.pdf>
- Chen, Y. C. (2002). Chinese values, health and nursing. *Journal of advanced nursing*, 36(2), 270-273. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01968.x
- Chen, X., Hu, Y., Zhu, D., Li, J., & Zhou, L. (2016). Chinese version of the Aging Perceptions Questionnaire (C-APQ): assessment of reliability and validity. *Aging & Mental Health*, 20(6), 567-574. doi:10.1080/13607863.2015.1028332
- Chen, H. M., & Chen, C. M. (2017). Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 11(1), 12-15. doi:10.1016/j.ijge.2016.07.002
- Chen, H., Chen, Y., & Cui, B. (2018). The association of multimorbidity with healthcare expenditure among the elderly patients in Beijing, China. *Archives of gerontology and geriatrics*, 79, 32-38. doi:10.1016/j.archger.2018.07.008
- Chirico, F. (2016). Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition. *Journal of Health and Social Sciences*, 1(1), 11-16.
- Chiviakowsky, S., Cardozo, P. L., & Chalabaev, A. (2018). Age stereotypes' effects on motor learning in older adults: The impact may not be immediate, but instead delayed. *Psychology of Sport and Exercise*, 36, 209-212. doi:10.1016/j.psychsport.2018.02.012
- Choi, M., Sprang, G., & Eslinger, J. G. (2016). Grandparents Raising Grandchildren. *Family & Community Health*, 39(2), 120-128. doi:10.1097/fch.0000000000000097

- Choi, E. Y., & Jang, Y. (2019). Subjective Age in Older Korean Americans: The Impact of Functional Disability Mediated by Attitudes Toward Aging. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0), 1-18. doi:10.1177/0091415019887677
- Chonody, J. M. (2015). Addressing ageism in students: A systematic review of the pedagogical intervention literature. *Educational Gerontology*, 41(12), 859-887. doi:10.1080/03601277.2015.1059139
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.
- Cisneros, G. E., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(1), 34-48. doi:10.1016/j.regg.2018.05.009
- Clarke, L. H., & Griffin, M. (2008). Visible and invisible ageing: Beauty work as a response to ageism. *Ageing & Society*, 28(5), 653-674. doi:10.1017/S0144686X07007003
- Cloninger, S. C. (2002). Erikson: Desarrollo psicosocial. En *Teoría de la Personalidad* (3<sup>th</sup> ed., pp. 133-150). Mexico: Pearson Education.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, A. B. (2014). Nascher's Geriatrics at 100. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2428-2429. doi:10.1111/jgs.13155
- Conroy, S. P., Ansari, K., Williams, M., Laithwaite, E., Teasdale, B., Dawson, J., ... & Banerjee, J. (2014). A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the "Emergency Frailty Unit." *Age and Ageing*, 43(1), 109-114. doi:10.1093/ageing/aft087
- Constitución Española*. (31 de Octubre, 1978). Recuperado de <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
- Conti, A. A. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(3), 352. doi:10.23750/abm.v89i3.6739
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and ageing*, 37(2), 151-160. doi:10.1093/ageing/afm194

- Cooper, C., Fielding, R., Visser, M. V., Van Loon, L. J., Rolland, Y., Orwoll, E., ... & Mitlak, B. (2013). Tools in the assessment of sarcopenia. *Calcified Tissue International*, 93, 201-210. doi:10.1007/s00223-013-9757-z
- Corre, R., Greillier, L., Le Caër, H., Audigier-Valette, C., Baize, N., Bérard, H., ... & Chouaïd, C. (2016). Use of a Comprehensive Geriatric Assessment for the Management of Elderly Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: The Phase III Randomized ESOGIA-GFPC-GECP 08-02 Study. *Journal of Clinical Oncology*, 34(13), 1476-1483. doi:10.1200/jco.2015.63.5839
- Cortés, J. A., Méndez-Bonito, E., Koutsourais, R., Utrilla, J., Macías, J., & Casado, M. A. (1996). ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria. *Atención Primaria*, 18(6), 327-30.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710. doi:10.1136/bmjopen-2013-002710
- Cottle, N. R., & Glover, R. J. (2007). Combating ageism: Change in student knowledge and attitudes regarding aging. *Educational Gerontology*, 33(6), 501-512. doi:10.1080/03601270701328318
- Coudin, G., & Alexopoulos, T. (2010). 'Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health*, 14(5), 516-523. doi:10.1080/13607861003713182
- Couper, D., & Pratt, F. (1999). *Learning for longer life: A guide to aging education for developers of k-12 curriculum & instructional materials*. National Academy for Teaching and Learning about Aging. Denton, Texas: National Academy for Teaching and Learning About Aging (NATLA).
- Courtin, E., & Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. doi:10.1111/hsc.12311
- Crespo, D. (2006). El Envejecimiento: Definiciones y Teorías. En D. Crespo (Ed.), *Biogerontología* (pp. 13-34). Santander, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- Cuadrat, P. (1997). Mecanicismo y holismo en medicina. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, (46-47), 5-7.

- Cumming, E., & Henry, E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York, NY: Basic Books.
- Cummings, S. M., Cassie, K. M., Galambos, C., & Wilson, E. (2006). Impact of an infusion model on social work students' aging knowledge, attitudes, and interests. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(3-4), 173-186. doi:10.1300/J083v47n03\_11
- Cunningham, C., O'Sullivan, R., Caserotti, P., & Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(5), 816-827. doi:10.1111/sms.13616
- da Costa, J. P., Vitorino, R., Silva, G. M., Vogel, C., Duarte, A. C., & Rocha-Santos, T. (2016). A synopsis on aging—Theories, mechanisms and future prospects. *Ageing research reviews*, 29, 90-112. doi:10.1016/j.arr.2016.06.005
- Daly, J. M., Merchant, M. L., & Jogerst, G. J. (2011). Elder Abuse Research: A Systematic Review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(4), 348-365. doi:10.1080/08946566.2011.608048
- Davis-Berman, J. (1995). Impact of a course on aging on ratings of family and nonfamily members. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 21(8), 779-784. doi:10.1080/0360127950210805
- Davis, J. A., Smith, T., & Marsden, P. V. (2003). *General Social Survey 2002*. Princeton, NJ: Cultural Policy and the Arts National Data Archive.
- De Alba, C., Prieto, M., & Luque, A. (2005). Del envejecimiento al deterioro funcional. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12(7), 434-444. doi:10.1016/s1134-2072(05)74588-6
- De Albuquerque, A. C. P., Correa, R., Campos, Á., & Oliveira, R. (2012). Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), e95-e101. doi:10.1016/j.archger.2011.08.010
- Debpuur, C., Welaga, P., Wak, G., & Hodgson, A. (2010). Self-reported health and functional limitations among older people in the Kassena-Nankana District, Ghana. *Global Health Action*, 3(1), 2151. doi:10.3402/gha.v3i0.2151
- D'Hyver, C. (2017). Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(3), 38-54.

- de Jong-Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. doi:10.1177/014662168500900307
- de la Serna, I. (2003). La vejez a través de la historia. En *La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura* (pp. 1-12). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- del Carmen, B. (2008). La vejez, patrimonio inmaterial de la humanidad. *Gerokomos*, 19(2), 33-35.
- de Lemus, S., & Expósito, F. (2005). Nuevos retos para la Psicología Social: edadismo y perspectiva de género. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 33-51.
- de Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W., & Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(44). doi:10.1186/s12877-020-1452-0
- de Miguel, A., & Castellano, C. L. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 69-83.
- Denham, M. J. (2011). Dr Marjory Warren CBE MRCS LRCP (1897-1960): the Mother of British Geriatric Medicine. *Journal of Medical Biography*, 19(3), 105-110. doi:10.1258/jmb.2010.010030
- Departament de Treball. (1994). *Accidentalitat laboral a Catalunya, any 1993*. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2010). *Encuesta de salud del País Vasco 2007*. Vitoria: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Recuperado de [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc\\_salud\\_2007\\_tablas/es\\_def/adjuntos/tablasResultados.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2007_tablas/es_def/adjuntos/tablasResultados.pdf)
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2012). *País Vasco: transformando el Sistema de Salud. 2009-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_cronicidad/es\\_cronicos/adjuntos/transformando\\_sistema\\_salud.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf)
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2014). *Encuesta de salud del País Vasco 2013*. Vitoria: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Recuperado de

[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc\\_salud\\_2013\\_publicaciones/es\\_def/adjuntos/DatosRelevantes\\_ESCAV2013.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/es_def/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2013.pdf)

Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2017). *Líneas Estratégicas 2017-2020 del Departamento de Salud*. Vitoria, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjuntos/stp/lineas\\_estrategicas.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas_estrategicas.pdf)

Departamento de Salud y Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco (2018). *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020, Dos sistemas, un objetivo: las personas*. Vitoria, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf)

Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2019). *Encuesta de salud del País Vasco 2018*. Vitoria, España: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Recuperado de [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_enc\\_salud\\_2018/es\\_def/adjuntos/DatosRelevantes\\_ESCAV2018.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2018/es_def/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2018.pdf)

de Souza, M. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de saúde pública*, 20(4), 309-317. doi:10.1590/s0034-89101986000400007

Devereaux, K. (2005). Introduction and Overview of Aging and Older Adulthood. En K. Devereaux & S. Crocker (Eds.), *Geropsychiatric and Mental Health Nursing* (pp. 3-25). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Diamandopoulos, A. (2017). The ideas of Plato, Aristotle, Plutarch and Galen on the elderly. *J Gerontol Geriatr*, 65, 325-328.

Diggs, J. (2008a). Accumulative Waste Theory of Aging. En S. J. Loue & M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 74-75). Boston, MA: Springer. doi:10.1007/978-0-387-33754-8\_6

Diggs J. (2008b) Neuroendocrine (Aging Clock) Theory of Aging. En S. J. Loue & M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 584-586). Boston, MA: Springer. doi:10.1007/978-0-387-33754-8\_313

Dilman, V., & Dean, W. (1992). *The Neuroendocrine Theory of Aging and Degenerative Disease*. The Center for Bio Gerontology.

- Dionigi, R. A. (2015). Stereotypes of aging: Their effects on the health of older adults. *Journal of Geriatrics*, 2015. doi: 10.1155/2015/954027
- Directiva 2000/78/CE del Consejo. (27 de Noviembre, 2000). Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000L0078&from=EN>
- Domínguez-Ardila, A., & García-Manrique, J. G. (2014). Valoración geriátrica integral. *Atención Familiar*, 21(1), 20-23. doi:10.1016/s1405-8871(16)30006-2
- Dong, X. (2014). Elder abuse: research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack award lecture. *The Gerontologist*, 54(2), 153-162. doi:10.1093/geront/gnt139
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238. doi:10.1111/jgs.13454
- Doty, P., Liu, K., & Wiener, J. (1985). An overview of long-term care. *Health Care Financing Review*, 6(3), 69-78.
- Dubey, S., Gupta, A., Mishra, M., & Singh, S. (2018). Indian health and medicinal system: from ancient India to present world. *World Journal of Pharmaceutical Research*, 7(4), 362-373.
- Duffy, T. P. (2011). The Flexner report—100 years later. *The Yale journal of biology and medicine*, 84(3), 269-276.
- Dufournet, M., Dauphinot, V., Moutet, C., Verdurand, M., Delphin-Combe, F., & Krolak-Salmon, P. (2019). Impact of Cognitive, Functional, Behavioral Disorders, and Caregiver Burden on the Risk of Nursing Home Placement. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(10), 1254-1262. doi:10.1016/j.jamda.2019.03.027
- Dulcey-Ruiz, E. (2016). *Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos*. Siglo del Hombre Editores.
- Duran-Badillo, T., Miranda-Posadas, C., Cruz-Barrera, L. G., Martínez-Aguilar, M., Gutiérrez-Sánchez, G., & Aguilar-Hernández, R. M. (2016). Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes universitarios de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(3), 205-209.
- Ebrahim, S., Wallis, C., Brittis, S., Harwood, R., & Graham, N. (1993). Long term care for elderly people. *Quality and Safety in Health Care*, 2(3), 198-203. doi:10.1136/qshc.2.3.198

- Effros, R. B., & Walford, R. L. (1984). T cell cultures and the Hayflick limit. *Human Immunology*, 9(1), 49-65. doi:10.1016/0198-8859(84)90006-5
- Effros, R. B., Boucher, N., Porter, V., Zhu, X., Spaulding, C., Walford, R. L., ... & Schächter, F. (1994). Decline in CD28+ T cells in centenarians and in long-term T cell cultures: A possible cause for both in vivo and in vitro immunosenescence. *Experimental Gerontology*, 29(6), 601-609. doi:10.1016/0531-5565(94)90073-6
- Effros, R. B. (2004). From Hayflick to Walford: the role of T cell replicative senescence in human aging. *Experimental Gerontology*, 39(6), 885-890. doi:10.1016/j.exger.2004.03.004
- Eibach, R. P., Mock, S. E., & Courtney, E. A. (2010). Having a “senior moment”: Induced aging phenomenology, subjective age, and susceptibility to ageist stereotypes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(4), 643-649. doi:10.1016/j.jesp.2010.03.002
- El-Assal, G. (1972). Ancient egyptian medicine. *The Lancet*, 300(7771), 272-274. doi: 10.1016/S0140-6736(72)91700-X
- Elliott, L. (2006). *Medieval Medicine and the Plague*. Ontario, Canada: Crabtree Publishing Company.
- Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D., & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 343, d6553. doi:10.1136/bmj.d6553
- Elosua, P. (2010). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(2), 67-71. doi:10.1016/j.regg.2009.10.008
- Emile, M., Chalabaev, A., Stephan, Y., Corrion, K., & d'Arripe-Longueville, F. (2014). Aging stereotypes and active lifestyle: Personal correlates of stereotype internalization and relationships with level of physical activity among older adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(2), 198-204. doi:10.1016/j.psychsport.2013.11.002
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38(6), 521-528. doi:10.1016/S0033-3182(97)71396-3

- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York, NY: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York, NY: Norton.
- Evans, J. G. 1988. Ageing and disease. En D. Evered & J. Whelan (Eds), *Research and the Ageing Population* (pp. 38-57). Chichester, UK: Ciba Foundation Symposium.
- Eymard, A. S., & Douglas, D. H. (2012). Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *Journal of gerontological nursing*, 38(5), 26-35. doi:10.3928/00989134-20120307-09
- Fabiano, J. A., Waldrop, D. P., Nochajski, T. H., Davis, E. L., & Goldberg, L. J. (2005). Understanding dental students' knowledge and perceptions of older people: toward a new model of geriatric dental education. *Journal of Dental Education*, 69(4), 419-433.
- Fan, J.-Y., Zhao, H.-M., Liu, Y.-T., Kong, L.-L., Mao, J., & Li, J. (2020). Psychometric properties of a Chinese version of the Fraboni scale of ageism: evidence from medical students sample. *BMC Medical Education*, 20(197). doi:10.1186/s12909-020-02111-7
- Fedarko, N. S. (2011). The Biology of Aging and Frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(1), 27-37. doi:10.1016/j.cger.2010.08.006
- Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón, M. D. (1996). *Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI). Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid, España: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fernández-Fernández, A. (2002). II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 1-2.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(Supplement\_3), 18-22.
- Fernández-Fernández M., & Solano, J. J. (2007). Niveles Asistenciales en Geriatría. En Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Tratado de Geriatría para Residentes* (pp. 83-87). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Fernández-Cid, M., Martín, A. M & Cáceres, M. D. (2008). *La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación de masas y la opinión pública*. UDP - Obra

Social Caja Madrid (Colección de estudios). Recuperado de <https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2019/06/La-imagen-de-los-Mayores-en-los-Medios.pdf>

- Fernández, E., & Estévez, M. (2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*, 24(1), 8-13. doi:10.4321/s1134-928x2013000100002
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M.-E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., ... & Forjaz, M.-J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1031-1041. doi:10.1080/13607863.2014.996734
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., & Molina, M. A. (2017a). The role of perceived discrimination on active aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 14-20. doi:10.1016/j.archger.2017.02.004
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu Ivars, M., Bustillos, A., Schettini, R., Huici, C., & Rivera, J. M. (2017b). Assessing aging stereotypes: personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. *Psicothema*, 29(4), 482-489. doi:10.7334/psicothema2016.314
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fialová, D., Kummer, I., Držaić, M., & Leppee, M. (2018). Ageism in medication use in older patients. En L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 213-240). Cham, Suiza: Springer. doi:10.1007/978-3-319-73820-8\_14
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke Older Americans Resources and Services procedures*. Hillsdale, NJ: Psychology Press.
- Flexner A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. Washington, DC: Science and Health Publications, Inc.
- Flores-Ruano, T., Cruz-Jentoft, A. J., González-Montalvo, J. I., López-Soto, A., & Abizanda-Soler, P. (2014). Herramientas de valoración geriátrica en Servicios de Geriatría españoles. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(5), 235-242. doi:10.1016/j.regg.2014.05.002

- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Forster, A., Young, J., & Langhorne, P. (1999). Systematic review of day hospital care for elderly people. *BMJ*, 318(7187), 837-841. doi:10.1136/bmj.318.7187.837
- Forster, A., Young, J., Lambley, R., & Langhorne, P. (2008). Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(4). doi:10.1002/14651858.cd001730.pub2
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90. doi:10.1093/geront/gnu028
- Fraboni, M., Saltstone, R., & Hughes, S. (1990). The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 9(1), 56-66. doi:10.1017/S0714980800016093
- Francés, I. (2004). Epidemiología y clínica de la ansiedad en el anciano. En P. Gil & M. Martín (Coords.), *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad* (pp. 67-79). Madrid, España: SEGG y Scientific Communication Management.
- Franco, M., Villarreal, E., Martínez, L., & Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista médica de Chile*, 138(8), 988-993. doi:10.4067/S0034-98872010000800007
- Franzese, A. T., & Rurka, M. M. (2016). Theories of Aging. *Encyclopedia of Family Studies*, 1-9. doi:10.1002/9781119085621.wbefs206
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., ... & Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692-695. doi:10.1093/ageing/afaa097
- Frawley, D. (2000). *Ayurvedic Healing: a Comprehensive Guide*. Twin Lakes, Wisconsin: Lotus Press.
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132-138. doi:10.1016/j.jad.2016.03.042

- Freixas, A. (2005). Envejecimiento y perspectiva de género. En E. Barberá & I. Martínez-Benlloch (Eds.), *Psicología y Género* (pp. 325-352). Madrid, España: Pearson Prentice Hall.
- Fricke, J., & Unsworth, C. A. (1997). Inter-rater reliability of the original and modified Barthel Index, and a comparison with the Functional Independence Measure. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44(1), 22-29. doi:10.1111/j.1440-1630.1997.tb00750.x
- Fried, L. P., Storer, D. J., King, D. E., & Lodder, F. (1991). Diagnosis of Illness Presentation in the Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 117-123. doi:10.1111/j.1532-5415.1991.tb01612.x
- Fried, T. R., Bradley, E. H., Williams, C. S., & Tinetti, M. E. (2001a). Functional disability and health care expenditures for older persons. *Archives of internal medicine*, 161(21), 2602-2607. doi:10.1001/archinte.161.21.2602
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001b). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
- Fry, P. S. (1992). Major Social Theories of Aging and their Implications for Counseling Concepts and Practice. *The Counseling Psychologist*, 20(2), 246-329. doi:10.1177/0011000092202002
- Fulop, T., Witkowski, J. M., Pawelec, G., Alan, C., & Larbi, A. (2014). On the Immunological Theory of Aging. *Interdisciplinary Topics in Gerontology*, 39, 163-176. doi:10.1159/000358904
- Gabriel, C., & Herranz, D. (2019). *Estudio sobre la percepción de la discriminación por edad en el empleo*. Madrid, España: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (IMIO).
- Gafo, J. (1995). La Iglesia Católica y la tradición Cristiana ante la ancianidad. En J. Gafo (Ed.), *Ética y ancianidad* (pp. 109-120). Madrid, España: Unidad Pontífica Comillas.
- Gale, C. R., Martyn, C. N., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2007). Grip strength, body composition, and mortality. *International journal of epidemiology*, 36(1), 228-235. doi:10.1093/ije/dyl224

- Gale, C. R., & Cooper, C. (2018). Attitudes to Ageing and Change in Frailty Status: The English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontology*, 64, 58-66. doi:10.1159/000477169
- Gallacher, J., Bayer, A., Fish, M., Pickering, J., Pedro, S., Dunstan, F., ... & Ben-Shlomo, Y. (2009). Does Anxiety Affect Risk of Dementia? Findings From the Caerphilly Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 71(6), 659-666. doi:10.1097/psy.0b013e3181a6177c
- Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, & Aliaga-Díaz E. (2016). Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(2), 321-327. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2204
- García-González, J. V., Díaz-Palacios, E., Salamea-García, A., Cabrera-González, D., Menéndez-Caicoya, A., Fernández-Sánchez, A., & Acebal-García, V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23(7), 434-440.
- García-Hernández, M., Torres-Egea, M. P., & Ballesteros-Pérez, E. (2003). Evolución histórica de la concepción social de la ancianidad. En M. García-Hernández, M. P. Torres-Egea, & E. Ballesteros-Pérez (Eds.), *Enfermería geriátrica* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 3-6). Barcelona, España: Masson.
- García-Hernández, M. (2004). La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). *Enfermería Global*, 3(2).
- Gargantilla, P. (2011). Edad Moderna: cuando la medicina se convierte en ciencia. En P. Gargantilla (Ed.), *Breve historia de la medicina* (pp. 173-240). Madrid, España: Nowtilus.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26), 161-175. doi:10.7203/dces.26.1935
- Gaviria, D. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*, 13(2).
- Gavrila, D., Antunez, C., Tormo, M. J., Carles, R., Garcia-Santos, J. M., Parrilla, G., ... & Navarro, C. (2009). Prevalence of dementia and cognitive impairment in Southeastern Spain: the Ariadna study. *Acta neurológica Scandinavica*, 120(5), 300-307. doi:10.1111/j.1600-0404.2009.01283.x

- Gendron, T. L., Welleford, E. A., Inker, J., & White, J. T. (2016). The language of ageism: Why we need to use words carefully. *The Gerontologist*, 56(6), 997-1006. doi:10.1093/geront/gnv066
- Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group. (2006). Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society position statement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 849-852. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00707.x
- Geronimus, A. T. (1992). The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: Evidence and speculations. *Ethnicity and Disease*, 2(3), 207-221.
- Gil-Calvo, E. (1995). *Mitos y estereotipos de la vejez*. VV.AA. *Foro andaluz de los mayores* (pp. 35-49). Córdoba, España: Instituto Andaluz de Servicios Sociales.
- Gil-Calvo, E., (2002). *El poder gris: Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona, España: Mondadori.
- Giles, H., Fox, S., Harwood, J., & Williams, A. (1994). Talking age and aging talk: Communicating through the life span. En M. Hummert, J. Weimann, & J. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal International Journal of Developmental and Educational Psychology communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research* (pp. 130-161). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gilmour, H. (2012). Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health reports*, 23(4), 23-32.
- Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). The Tilburg frailty indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344-355. doi:10.1016/j.jamda.2009.11.003
- Godoy, I., Romero, M. M., & Serrano, M. I. (2017). Análisis sobre la opinión de los estudiantes de enfermería acerca del edadismo. En M. M. Molero, M. C. Pérez-Fuentes, J. J. Gázquez, M. M. Simón, A. Martos, & A. B. Barragán (Eds.), *Acercamiento multidisciplinar a la salud* (2<sup>nd</sup> vol., pp. 309-315). España: ASUNIPEP.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*, 297, 897-899. doi:10.1136/bmj.297.6653.897

- Goldsmith, R. E., & Heiens, R. A. (1992). Subjective Age: A Test of Five Hypotheses. *The Gerontologist*, 32(3), 312-317. doi:10.1093/geront/32.3.312
- Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Rodriguez, D., & Sanchez-Reilly, S. (2009). Interdisciplinary Geriatric and Palliative Care Team Narratives: Collaboration Practices and Barriers. *Qualitative Health Research*, 20(1), 93-104. doi:10.1177/1049732309355287
- Goldspink, D. F. (2005). Ageing and activity: their effects on the functional reserve capacities of the heart and vascular smooth and skeletal muscles. *Ergonomics*, 48(11-14), 1334-1351. doi:10.1080/00140130500101247
- Goldstein, J. R., & Cassidy, T. (2010). How slowing senescence changes life expectancy. *MPIDR Working paper WP 2010-006*, 1-citation\_lastpage. doi:10.4054/MPIDR-WP-2010-006
- Gómez-Vega, O. (2003). El proceso salud / enfermedad. En O. Gómez (Ed.), *Salud pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica* (1<sup>st</sup> ed., pp. 3-18). San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Gómez-Ayala, A. E. (2005). Grandes síndromes geriátricos: descripción. *Farm Prof*, 19(6), 70-74.
- Gómez-Gallego, R. (2008). Acerca de los paradigmas en la salud y la enfermedad. En *La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad* (pp. 84-123). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
- Gómez-Arias, R. D. (2018). ¿ Qué se ha entendido por salud y enfermedad?. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(Supplement\_1), 64-102.
- Gómez-Álvarez, J. E. (2019). Reflexiones bioéticas acerca de la ancianidad desde el estoicismo de Séneca. *Revista de Medicina y Ética*, 31(1), 13-29. doi:10.36105/mye.2020v31n1.01
- González-Montalvo, J. I., Baztán Cortés, J. J., Alarcón Alarcón, T., & Bárcena Álvarez, A. (2007). Resultados asistenciales de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(4), 240-250. doi:10.1016/s0211-139x(07)73557-6
- González-Montalvo, J. I., Gotor Pérez, P., Martín Vega, A., Alarcón Alarcón, T., Mauleón Álvarez de Linera, J. L., Gil Garay, E., ... & Alonso Biarge, J. (2011). La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes

- con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(4), 193-199. doi:10.1016/j.regg.2011.02.004
- Gordon, E. H., Peel, N. M., Samanta, M., Theou, O., Howlett, S. E., & Hubbard, R. E. (2017). Sex differences in frailty: a systematic review and meta-analysis. *Experimental gerontology*, 89, 30-40. doi:10.1016/j.exger.2016.12.021
- Gordon, S. (2020). Ageism and Age Discrimination in the Family: Applying an Intergenerational Critical Consciousness Approach. *Clinical Social Work Journal*, 48, 169-178. doi:10.1007/s10615-020-00753-0
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1617-1628. doi:10.1016/s0277-9536(02)00180-6
- Gracia, J. (2011). *Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGTB. Un supuesto específico: los malos tratos*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/274074131\\_Los\\_derechos\\_humanos\\_y\\_la\\_posicion\\_social\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_LGBT\\_Un\\_supuesto\\_especifico\\_los\\_malos\\_tratos](https://www.researchgate.net/publication/274074131_Los_derechos_humanos_y_la_posicion_social_de_las_personas_mayores_LGBT_Un_supuesto_especifico_los_malos_tratos)
- Graciani, A., Banegas, J. R., López-García, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas*, 48(4), 381-392. doi:10.1016/j.maturitas.2003.10.004
- Greenberg J, Pyszczynski T y Solomon S (1986). The causes and consequences of the need for self-esteem: A terror management theory. En R. F. Baumeister (Ed.), *Public and private self* (pp. 189-212). New York, NY: Springer-Verlag
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1464-1480.
- Guarente, L., & Kenyon, C. (2000). Genetic pathways that regulate ageing in model organisms. *Nature*, 408, 255-262. doi:10.1038/35041700
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Guillén-Llera, F., & García Antón, M. A. (1972). Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev Esp Gerontol*, 7, 339-46.

- Guillén-Llera, F. (2003). Geriatria, especialidad médica. 25 años de historia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(6), 342-351. doi:10.1016/s0211-139x(03)74914-2
- Guillén-Llera, F. (2005). Patología del envejecimiento. En J. F. Macías (Ed.), *Geriatria desde el principio* (2<sup>st</sup> ed., pp. 83-102). Barcelona, España: Editorial Glosa.
- Gur, R. E., & Gur, R. C. (2002). Gender differences in aging: cognition, emotions, and neuroimaging studies. *Dialogues in clinical neuroscience*, 4(2), 197-210.
- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... & Wallace, R. B. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85-M94. doi:10.1093/geronj/49.2.m85
- Gutiérrez, C., Jiménez, C., & Corregidor, A. I. (2007). El Equipo Interdisciplinar. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Ed.), *Tratado de Geriatria para Residentes* (pp. 89-93). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A.
- Guzmán, L. M., Pérez, B., & Rodríguez, F. (2011). Niveles Asistenciales y Nivel de Evidencia. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Ed.), *Manual del Residente en Geriatria* (pp. 27-36). Madrid, España: Ene Life Publicidad S.A. y SEGG.
- Hagestad, G. O., & Uhlenberg, P. (2005). The social separation of old and young: A root of ageism. *Journal of social issues*, 61(2), 343-360. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00409.x
- Haight, B. K., Christ, M. A., & Dias, J. K. (1994). Does nursing education promote ageism?. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 382-390. doi:10.1046/j.1365-2648.1994.20020382.x
- Hajar, R. (2012). The air of history (part II) medicine in the middle ages. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 13(4), 158-162. doi:10.4103/1995-705X.105744
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., ... & König, H. H. (2015). Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PLOS ONE*, 10(12). doi:10.1371/journal.pone.0144203

- Hamachek, D. E. (1988). Evaluating Self-Concept and Ego Development Within Erikson's Psychosocial Framework: A Formulation. *Journal of Counseling & Development*, 66(8), 354-360. doi:10.1002/j.1556-6676.1988.tb00886.x
- Hamer, M., & Chida, Y. (2009). Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychological Medicine*, 39(1), 3-11. doi:10.1017/s0033291708003681
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
- Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health*, 19(8), 747-755. doi:10.1080/13607863.2014.962007
- Harley, C. B., Pollard, J. W., Chamberlain, J. W., Stanners, C. P., & Goldstein, S. (1980). Protein synthetic errors do not increase during aging of cultured human fibroblasts. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 77(4), 1885-1889. doi:10.1073/pnas.77.4.1885
- Harley, C. B., Futcher, A. B., & Greider, C. W. (1990). Telomeres shorten during ageing of human fibroblasts. *Nature*, 345, 458-460. doi:10.1038/345458a0
- Harley, C. B. (1991). Telomere loss: mitotic clock or genetic time bomb? *Mutation Research/DNAging*, 256(2-6), 271-282. doi:10.1016/0921-8734(91)90018-7
- Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J. Gerontol*, 11(3), 298-300.
- Harman, D. (1981). The aging process. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 78(11), 7124-7128. doi:10.1073/pnas.78.11.7124
- Harris, K., Krygsman, S., Waschenko, J., & Laliberte-Rudman, D. (2018). Ageism and the Older Worker: A Scoping Review. *The Gerontologist*, 58(2), e1-e14. doi:10.1093/geront/gnw194
- Harris-Kojetin, L., Sengupta, M., Lendon, J. P., Rome, V., Valverde, R., & Caffrey, C. (2019). *Long-term care providers and services users in the United States, 2015-*

2016. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 3(43). [Recuperado de https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_03/sr03\\_43-508.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_43-508.pdf)
- Haight, P. A., Walls, R. T., Laney, J. D., Leavell, A., & Stuzen, S. (1999). Child and adolescent knowledge and attitudes about older adults across time and states. *Educational Gerontology, 25*(6), 501-517. doi:10.1080/036012799267585
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R., & Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*(11), 1346-1349. doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb07437.x
- Havelka, M., Despot Lučanin, J., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model-the integrated approach to health and disease. *Collegium antropologicum, 33*(1), 303-310.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging<sup>1</sup>. *The Gerontologist, 1*(1), 8-13. doi:10.1093/geront/1.1.8
- Havighurst R. J. (1963). Successful ageing. En R. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Process of ageing* (Vol. 1, pp. 299-320). New York, NY: Atherton.
- Havighurst R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. En P. Hansen (Ed.), *Age with a future*. Copenhagen, Dinamarca: Munksgaard.
- Hayflick, L., & Moorhead, P. S. (1961). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research, 25*(3), 585-621. doi:10.1016/0014-4827(61)90192-6
- Hayflick, L. (1965). The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research, 37*(3), 614-636. doi:10.1016/0014-4827(65)90211-9
- Haynes, M. S. (1962). The Supposedly Golden Age for the Aged in Ancient Greece (A Study of Literary Concepts of Old Age). *The Gerontologist, 2*(2), 93-98. doi:10.1093/geront/2.2.93
- Hayslip, B., & Kaminski, P. L. (2005). Grandparents Raising Their Grandchildren: A Review of the Literature and Suggestions for Practice. *The Gerontologist, 45*(2), 262-269. doi:10.1093/geront/45.2.262
- Hayslip, B., Fruhauf, C. A., & Dolbin-MacNab, M. L. (2019). Grandparents Raising Grandchildren: What Have We Learned Over the Past Decade? *The Gerontologist, 59*(3), e152-e163. doi:10.1093/geront/gnx106

- Hearn, J., & Higginson, I. J. (1998). Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 12(5), 317-332. doi:10.1191/026921698676226729
- Helduak Adi. (n.d.). *Estereotipos asociados a las personas mayores*. Recuperado de [https://www.donostia.eus/home.nsf/0/D175DBBD63B2D3A0C125803D00409524/\\$file/estereotipos%20Helduak%20Adi.pdf](https://www.donostia.eus/home.nsf/0/D175DBBD63B2D3A0C125803D00409524/$file/estereotipos%20Helduak%20Adi.pdf)
- Help International España (2020). *La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos*. Recuperado de <https://www.helpage.org/spain/noticias/documento-de-helpage-espaa-sobre-la-discriminacin-por-razn-de-edad-en-espaa/>
- Hernández-González, C. D. (2013). Teorías del Envejecimiento. En L. Roncha (Coord.), *La vejez en movimiento. Un enfoque integral* (pp. 43-50). Buenos Aires, Argentina: Editorial Dunken.
- Hernando, M. V. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 37-64). Logroño, España: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.
- Herrera-Carranza, J. (2005). Conceptos en Atención Farmacéutica Geriátrica. En J. Herrera-Carranza & J. C. Montero-Torrejón (Eds.), *Atención Farmacéutica en Geriátrica* (pp. 1-16). Madrid, España: Elsevier España.
- Herrera, S., Montorio, I., & Cabrera, I. (2010). Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 45(6), 339-342. doi:10.1016/j.regg.2010.07.008
- Hess, T. M., Auman, C., Colcombe, S. J., & Rahhal, T. A. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), P3-P11. doi:10.1093/geronb/58.1.P3
- Hewitt, J., Carter, B., Vilches-Moraga, A., Quinn, T. J., Braude, P., Verduri, A., ... & Collins, J. T. (2020). The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(8), e444-e451.

- Hilt, M. L. (1997). The Kogan Attitudes toward Old People Scale: Is it Time for a Revision? *Psychological Reports*, 80(Supplement\_3), 1372-1374. doi:10.2466/pr0.1997.80.3c.1372
- Hirsch, H. R. (1986). The waste-product theory of aging: Cell division rate as a function of waste volume. *Mechanisms of Ageing and Development*, 36(1), 95-107. doi:10.1016/0047-6374(86)90142-9
- Hodson, D. S., & Skeen, P. (1994). Sexuality and aging: The hammerlock of myths. *Journal of Applied Gerontology*, 13(3), 219-235. doi:10.1177/073346489401300301
- Hooker, K., Mejía, S. T., Phibbs, S., Tan, E. J., & Stevens, J. (2019). Effects of age discrimination on self-perceptions of aging and cancer risk behaviors. *The Gerontologist*, 59(Supplement\_1), S28-S37. doi:10.1093/geront/gny183
- Hooyman, N. R., & Asuman, H. (2008). Social Theories of Aging. En N. R. Hooyman & H. Asuman (Eds.), *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective* (8<sup>th</sup> ed., 305-332). Boston, MA: Pearson Education.
- Hornillos, M. M. (1995). *Hospitales de día geriátricos en España: Un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/2796/1/T19985.pdf>
- Horton, S., Baker, J., Pearce, W., & Deakin, J. M. (2010). Immunity to popular stereotypes of aging? Seniors and stereotype threat. *Educational Gerontology*, 36(5), 353-371. doi:10.1080/03601270903323976
- Horvath, S., & Raj, K. (2018). DNA methylation-based biomarkers and the epigenetic clock theory of ageing. *Nature Reviews Genetics*, 19, 371-384. doi:10.1038/s41576-018-0004-3
- Howell, T. (1974). Origins of the British Geriatrics Society. *Age and ageing*, 3(2), 69-72. doi:10.1093/ageing/3.2.69
- Hummert, M. L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5(2), 182-193. doi:10.1037/0882-7974.5.2.182
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., Shaner, J. L., & Strahm, S. (1994). Stereotypes of the Elderly Held by Young, Middle-Aged, and Elderly Adults. *Journal of Gerontology*, 49(5), P240-P249. doi:10.1093/geronj/49.5.p240

- Hummert, M. L. (2011). Age Stereotypes and Aging. En K. Warner & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7<sup>th</sup> ed., 249-262). Academic Press. doi:10.1016/b978-0-12-380882-0.00016-4
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(3), 221-229. doi:10.1016/0271-7123(81)90005-5
- Hutchison, P., Fox, E., Laas, A. M., Matharu, J., & Urzi, S. (2010). Anxiety, outcome expectancies, and young people's willingness to engage in contact with the elderly. *Educational Gerontology*, 36(10-11), 1008-1021. doi:10.1080/03601271003723586
- Hwang, W., Weller, W., Ireys, H., & Anderson, G. (2001). Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions. *Health affairs*, 20(6), 267-278. doi:10.1377/hlthaff.20.6.267
- Hwang, H.-L., Wang, H.-H., & Lin, H.-S. (2013). Effectiveness of supervised intergenerational service learning in long-term care facilities on the attitudes, self-transcendence, and caring behaviors among nursing students: A quasiexperimental study. *Educational Gerontology*, 39, 655-668. doi:10.1080/03601277.2012.734159
- Ingrand, I., Houeto, J. L., Gil, R., Gee, H. M., Ingrand, P., & Paccalin, M. (2012). The validation of a French-language version of the Aging Perceptions Questionnaire (APQ) and its extension to a population aged 55 and over. *BMC Geriatrics*, 12(17). doi:10.1186/1471-2318-12-17
- Ingrand, I., Paccalin, M., Liuu, E., Gil, R., & Ingrand, P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLOS ONE*, 13(10), e0204044. doi:10.1371/journal.pone.0204044
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2008). *La participación social de las Personas Mayores*. Recuperado de <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2010). *Encuesta de Personas Mayores 2010*. Recuperado de [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores\\_20.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf)

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Recuperado de [https://www.imserso.es/imserso\\_01/envejecimiento\\_activo/libro\\_blanco/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm)
- Instituto Nacional de Estadística. (20 de Octubre, 2016). *Proyecciones de Población 2016-2066* [Nota de prensa]. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (10 de Octubre, 2018a). *Proyecciones de Población 2018* [Nota de prensa]. Recuperado de [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2018\\_2068.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística. (05 de Noviembre, 2018b). *Población y fenómenos demográficos por comunidades y ciudades autónomas: serie 2018-2033* [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p278/p02/2018-2033/pob/10/&file=02001.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (08 de Junio, 2020a). *Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia* [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1488&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (03 de Junio, 2020b). *Tasa Bruta de Natalidad por comunidad autónoma* [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1432&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (08 de Junio, 2020c). *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma* [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (08 de Junio, 2020d). *Tasa de Dependencia por comunidad autónoma* [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (07 de Mayo, 2020e). *Parados de larga duración (mayor o igual a 12 meses) según grupos de edad*. Recuperado de [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259925463214&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888#:~:text=En%20el%20grupo%20de%20edad,31%2C2%25%20en%20Espa%C3%B1a](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925463214&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888#:~:text=En%20el%20grupo%20de%20edad,31%2C2%25%20en%20Espa%C3%B1a).
- Instituto Nacional de Estadística. (06 de Agosto, 2020f). *Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1455#!tabs-tabla>

- Instituto Vasco de Estadística. (10 de Noviembre, 2017a). *Indicadores demográficos. Estadística municipal de habitantes. Proyecciones de población* [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.eustat.eus/indic/indicadoresgraficosvista.aspx?opt=0&tema=163&idgraf=11680>
- Instituto Vasco de Estadística. (2017b). *Proyecciones de población. Análisis de resultados*. [Nota de prensa] Recuperado de [https://es.eustat.eus/elementos/ele0014200/Proyecciones\\_de\\_poblacion\\_2031/inf0014234\\_c.pdf](https://es.eustat.eus/elementos/ele0014200/Proyecciones_de_poblacion_2031/inf0014234_c.pdf)
- Instituto Vasco de Estadística. (18 de Junio, 2018). *La C.A. de Euskadi podría llegar a ganar 28.800 habitantes en el año 2061* [Nota de prensa]. Recuperado de [https://www.eustat.eus/elementos/la-ca-de-euskadi-podria-llegar-a-ganar-28800-habitantes-en-el-ano-2061/not0015236\\_c.html](https://www.eustat.eus/elementos/la-ca-de-euskadi-podria-llegar-a-ganar-28800-habitantes-en-el-ano-2061/not0015236_c.html)
- Instituto Vasco de Estadística. (17 de Octubre, 2019a). *Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, unidad, grandes grupos de edad cumplida, sexo y periodo* [Fichero de datos]. Recuperado de [https://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX\\_2212\\_ep06b.px](https://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/spanish/-/PX_2212_ep06b.px)
- Instituto Vasco de Estadística. (29 de Julio, 2019b). *Defunciones y tasas de mortalidad de la C.A. de Euskadi por 1.000 habitantes por Territorio Histórico. 1975-2018* [Fichero de datos]. Recuperado de [https://www.eustat.eus/elementos/ele0000000/defunciones-y-tasas-de-mortalidad-de-la-ca-de-euskadi-por-1000-habitantes-por-territorio-historico/tbl0000026\\_c.html](https://www.eustat.eus/elementos/ele0000000/defunciones-y-tasas-de-mortalidad-de-la-ca-de-euskadi-por-1000-habitantes-por-territorio-historico/tbl0000026_c.html)
- Instituto Vasco de Estadística. (17 de Junio, 2019c). *Nacidos vivos y tasa de natalidad por 1.000 habitantes por territorio histórico. 1975-2018* [Fichero de datos]. Recuperado de [https://www.eustat.eus/elementos/ele0005700/Nacidos\\_vivos\\_y\\_tasa\\_de\\_natalidad\\_por\\_1000\\_habitantes\\_por\\_territorio\\_historico/tbl0005708\\_c.html](https://www.eustat.eus/elementos/ele0005700/Nacidos_vivos_y_tasa_de_natalidad_por_1000_habitantes_por_territorio_historico/tbl0005708_c.html)
- Instituto Vasco de Estadística. (17 de Junio, 2019d). *Población estimada de la C. A. de Euskadi a 1 de enero, según territorio histórico y sexo. 1976-2019* [Fichero de datos]. Recuperado de [https://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/poblacion-estimada-de-la-c-a-de-euskadi-a-1-de-enero-segun-territorio-historico-y-sexo/tbl0011431\\_c.html](https://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/poblacion-estimada-de-la-c-a-de-euskadi-a-1-de-enero-segun-territorio-historico-y-sexo/tbl0011431_c.html)
- Instituto Vasco de Estadística. (18 de Septiembre, 2019e). *El saldo migratorio de la C.A. de Euskadi fue positivo en 2018, aportando 14.724 personas a la población* [Nota de

- Prensa]. Recuperado de [https://www.eustat.eus/elementos/el-saldo-migratorio-de-la-ca-de-euskadi-fue-positivo-en-2018-aportando-14724-personas-a-la-poblacion-not0016721\\_c.html](https://www.eustat.eus/elementos/el-saldo-migratorio-de-la-ca-de-euskadi-fue-positivo-en-2018-aportando-14724-personas-a-la-poblacion-not0016721_c.html)
- Instituto Vasco de Estadística. (13 de Marzo, 2020). *Esperanza de vida al nacimiento en la C.A. de Euskadi por causa de defunción, territorio histórico y comarca, según sexo y año. 1975-2018* [Fichero de datos]. Recuperado de [https://www.eustat.eus/elementos/ele0000000/esperanza-de-vida-al-nacimiento-en-la-ca-de-euskadi-por-causa-de-defuncion-territorio-historico-y-comarca-segun-sexo-y-ano/tbl0000031\\_c.html](https://www.eustat.eus/elementos/ele0000000/esperanza-de-vida-al-nacimiento-en-la-ca-de-euskadi-por-causa-de-defuncion-territorio-historico-y-comarca-segun-sexo-y-ano/tbl0000031_c.html)
- International Longevity Center. (2006). *Ageism in América*. Recuperado de [https://aging.columbia.edu/sites/default/files/Ageism\\_in\\_America.pdf](https://aging.columbia.edu/sites/default/files/Ageism_in_America.pdf)
- International Longevity Center. (2009). *Edadismo en Estados Unidos*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=57171>
- Intrieri, R. C., Kelly, J. A., Brown, M. M., & Castilla, C. (1993). Improving medical students' attitudes toward and skills with the elderly. *The Gerontologist*, 33(3), 373-378. doi:10.1093/geront/33.3.373
- Iráizoz, I. (1999). Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. *ANALES Sis San Navarra*, 22(Supplement\_1), 51-69.
- Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4-22. doi:10.1027/1901-2276.61.3.4
- Izquierdo, Á. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista complutense de educación*, 16(2), 601-619.
- Jackson, S. E., Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet Public Health*, 4(4), e200-e208. doi:10.1016/S2468-2667(19)30035-0
- Jacob, S. R. (2016). The Evolution of Professional Nursing. En B. Cherry & S. R. Jacob (Eds.), *Contemporary Nursing: Issues, Trends, & Management* (7<sup>th</sup> ed., pp. 1-20). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Jakobsen, L. H., Rask, I. K., & Kondrup, J. (2010). Validation of handgrip strength and endurance as a measure of physical function and quality of life in healthy subjects and patients. *Nutrition*, 26(5), 542-550. doi:10.1016/j.nut.2009.06.015

- Jaramillo, E. (2009). Valoración geriátrica integral. En E. Jaramillo, J. Álvarez, & J. F. Macías (Eds.), *Valoración geriátrica integral en Dependencia en Geriátrica* (1<sup>st</sup>, ed., pp. 41-50). Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Jarrett, P. G., Rockwood, K., Carver, D., Stolee, P., & Cosway, S. (1995). Illness Presentation in Elderly Patients. *Archives of Internal Medicine*, 155(10), 1060-1064. doi:10.1001/archinte.1995.00430100086010
- Jerliu, N., Burazeri, G., Toçi, E., Kempen, G. I., Jongen, W., Ramadani, N., & Brand, H. (2014). Social networks, social participation and self-perceived health among older people in transitional Kosovo. *The European Journal of Public Health*, 24(2), 333-337. doi:10.1093/eurpub/ckt064
- Jiménez-Frías, R. (2002). Prejuicio y Estereotipo. En R. Jiménez-Frías & T. Aguado-Odina (Coords.), *Pedagogía de la diversidad* (pp. 131-239). Madrid, España: UNED.
- Jiménez-Herrero, F. (2003). Lento y difícil desarrollo de la Geriátrica. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 38(6), 338-340. doi:10.1016/s0211-139x(03)74912-9
- Jiménez-Alfaro, M. (2015). El envejecimiento y la muerte: un enfoque filosófico. *Phainomenon*, 14(1), 85-94. doi:10.33539/phai.v14i1.110
- Jin, K. (2010). Modern biological theories of aging. *Aging and disease*, 1(2), 72-74.
- Jogerst, G. J., Daly, J. M., Dawson, J. D., Peek-Asa, C., & Schmuck, G. (2006). Iowa Nursing Home Characteristics Associated With Reported Abuse. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(4), 203-207. doi:10.1016/j.jamda.2005.12.006
- Jorm, A. F., & Jacomb, P. A. (1989). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19(04), 1015-1022. doi:10.1017/s0033291700005742
- Jung, C.G. (1933). *Modern Man in Search of a Soul*. New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich.
- Jung, C. G. (1960). The stages of life. En C. G. Jung (Ed.), *The structure and dynamics of the psyche*. New York, NY: Pantheon Books.
- Jung, C. G., & von Franz, M.L. (1964). *Man and His Symbols*. Garden City, NY: Doubleday.
- Jung, Y. J., Yoon, J. L., Kim, H. S., Lee, A. Y., Kim, M. Y., & Cho, J. J. (2017). Atypical clinical presentation of geriatric syndrome in elderly patients with pneumonia or

- coronary artery disease. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 21(4), 158-163. doi:10.4235/agmr.2017.21.4.158
- Jürschik, P., Nunin, C., Botigué, T., Escobar, M. A., Lavedán, A., & Viladrosa, M. (2012). Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 625-631. doi:10.1016/j.archger.2012.07.002
- Kafer, R. A., Rakowski, W., Lachman, M., & Hickey, T. (1980). Aging opinion survey: A report on instrument development. *The International Journal of Aging and Human Development*, 11(4), 319-333. doi:10.2190/JQF5-XDCV-H1AH-3E1Y
- Kagan, S. H. (2008). Ageism in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(4), 246-253. doi:10.1016/j.soncn.2008.08.004
- Kagan, S. H., & Melendez-Torres, G. J. (2015). Ageism in nursing. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 644-650. doi:10.1111/jonm.12191
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. doi:10.1080/13607863.2011.644519
- Kalache, A. (1999). Ageing: a global perspective. *Community eye health*, 12(29), 1-4.
- Kalwij, A., Kapteyn, A., & de Vos, K. (2010). Retirement of Older Workers and Employment of the Young. *De Economist*, 158, 341-359. doi:10.1007/s10645-010-9148-z
- Kanaan, R. A. A. (2016). Freud's hysteria and its legacy. *In Handbook of clinical neurology*, 139, 37-44). doi:10.1016/B978-0-12-801772-2.00004-7
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., Abrass, I. B., & Resnick, B. (2004). *Essentials of clinical geriatrics* (5<sup>th</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34, 645-649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- Kart, C. S. (1990). *The realities of aging: An introduction to gerontology*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Kassab, C., & Vance, L. (1999). An assessment of the effectiveness of an intergenerational program for youth. *Psychological reports*, 84(1), 198-200. doi:10.2466/pr0.1999.84.1.198

- Katz, S. (1963). Studies of Illness in the Aged. *JAMA*, 185(12), 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Katz, S. (1983). Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721-727. doi:10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x
- Kaufman, J. S., & Poole, C. (2000). Looking back on “causal thinking in the health sciences”. *Annual review of public health*, 21, 101-119. doi:10.1146/annurev.publhealth.21.1.101
- Kemper, S., Vandepute, D., Rice, K., Cheung, H., & Gubarchuk, J. (1995). Speech Adjustments to Aging During a Referential Communication Task. *Journal of Language and Social Psychology*, 14(1-2), 40-59. doi:10.1177/0261927x95141003
- Keyes, C. L. M., & Westerhof, G. J. (2012). Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode. *Aging & Mental Health*, 16(1), 67-74. doi:10.1080/13607863.2011.596811
- Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76-84. doi:10.1016/j.maturitas.2019.09.004
- Kilty, K. M., & Feld, A. (1976). Attitudes Toward Aging and Toward the Needs of Older People. *Journal of Gerontology*, 31(5), 586-594. doi:10.1093/geronj/31.5.586
- Kite, M. E., & Johnson, B. T. (1988). Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 3(3), 233-244. doi:10.1037/0882-7974.3.3.233
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., & Johnson, B. T. (2005). Attitudes Toward Younger and Older Adults: An Updated Meta-Analytic Review. *Journal of Social Issues*, 61(2), 241-266. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x
- Kivipelto, M., Mangialasche, F., & Ngandu, T. (2018). Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 14, 653-666. doi:10.1038/s41582-018-0070-3
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Gruhn, D., & Smith, J. (2008). Self-Perceptions of Aging: Do Subjective Age and Satisfaction With Aging Change During Old Age? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), P377-P385. doi:10.1093/geronb/63.6.p377
- Klimczuk, A. (2016). Sociological and Gerontological Perspectives on Ageing, Creativity, and the Third Age. En A. Klimczuk (Ed.), *Economic Foundations for Creative*

- Ageing Policy, Volume II: Putting Theory into Practice* (pp. 35-54). New York, NY: Springer.
- Kloeden, P. E., Rössler, R., & Rössler, O. E. (1990). Does a Centralized Clock for Ageing Exist? *Gerontology*, 36(5-6), 314-322. doi:10.1159/000213216
- Klusmann, V., Notthoff, N., Beyer, A.-K., Blawert, A., & Gabrian, M. (2020). The assessment of views on ageing: a review of self-report measures and innovative extensions. *European Journal of Ageing*. doi:10.1007/s10433-020-00556-9
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44-54. doi:10.1037/h0048053
- Kojima, G. (2015). Prevalence of frailty in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 940-945. doi:10.1016/j.jamda.2015.06.025
- Kojima, G. (2018). Frailty as a predictor of nursing home placement among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 41(1), 42-48. doi:10.1519/JPT.0000000000000097
- Kojima, G., Liljas, A. E., & Iliffe, S. (2019). Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. *Risk management and healthcare policy*, 12, 23-30. doi:10.2147/RMHP.S168750
- Kornadt, A. E., & Rothermund, K. (2011). Contexts of Aging: Assessing Evaluative Age Stereotypes in Different Life Domains. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(5), 547-556. doi:10.1093/geronb/gbr036
- Kornadt, A. E. (2016). Do age stereotypes as social role expectations for older adults influence personality development?. *Journal of Research in Personality*, 60, 51-55. doi:10.1016/j.jrp.2015.11.005
- Kornadt, A. E., Siebert, J. S., & Wahl, H. W. (2019). The interplay of personality and attitudes toward own aging across two decades of later life. *PLOS ONE*, 14(10), e0223622. doi:10.1371/journal.pone.0223622
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*, 24(8), 745-755. doi:10.1177/0269215510367538

- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24(3), 654-667. doi:10.1037/a0016510
- Kotter-Grühn, D., Neupert, S. D., & Stephan, Y. (2015). Feeling old today? Daily health, stressors, and affect explain day-to-day variability in subjective age. *Psychology & Health*, 30(12), 1470-1485. doi:10.1080/08870446.2015.1061130
- Kotter-Grühn, D., Kornadt, A. E., & Stephan, Y. (2016). Looking Beyond Chronological Age: Current Knowledge and Future Directions in the Study of Subjective Age. *Gerontology*, 62, 86-93. doi:10.1159/000438671
- Kriel, J. (2000). The Limitations of Positivist Medicine. En *Matter, Mind, and Medicine. Transforming the Clinical Method* (pp. 33-34). Amsterdam, Netherlands: Editions Rodopi.
- Kuo, H.-K., Scandrett, K. G., Dave, J., & Mitchell, S. L. (2004). The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39(3), 245-254. doi:10.1016/j.archger.2004.03.009
- Kutlu, Y., Kucuk, L., & Yildiz-Findik, U. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the Fraboni Scale of Ageism. *Nursing & Health Sciences*, 14(4), 464-471. doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00717.x
- Lachman, M. E. (1986). Locus of control in aging research: A case for multidimensional and domain-specific assessment. *Psychology and Aging*, 1(1), 34-40. doi:10.1037/0882-7974.1.1.34
- Laidlaw, K., Power, M. J., & Schmidt, S. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 367-379. doi:10.1002/gps.1683
- Laidlaw, K., Kishita, N., Shenkin, S. D., & Power, M. J. (2017). Development of a short form of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 113-121. doi:10.1002/gps.4687
- Lain, P. (1978). Culturas arcaicas extinguidas. En *Historia de la medicina* (1<sup>st</sup> ed., pp. 12-23). Barcelona, España: Salvat Editores, S. A.
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and aging*, 30(1), 180-193. doi:10.1037/a0038586

- Lange, J., & Grossman, S. (2010). Theories of Aging. En K. L. Mauk (Ed.), *Gerontological Nursing: Competencies for Care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 50-74). Jones and Bartlett Publishers.
- Larrión, J. M. (1999). Valoración geriátrica integral (II). Evaluación de la capacidad funcional del anciano. *ANALES Sis San Navarra*, 22(Supplement\_1), 71-84.
- Larson, J. S. (1999). The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136. doi:10.1177/107755879905600201
- Lasagni, V. X., Bernal, R., Tuzzo, M. D. R., Rodríguez, M. S., Heredia, D., Muñoz, L. M., ... & Díaz, P. (2013). Estereotipos negativos hacia la vejez en personas mayores de Latinoamérica. *Revista Kairós: Gerontología*, 16(4), 9-23.
- laSexta.com [AtresMedia]. (28 de Octubre, 2017). *Paquita, la voz de los pensionistas: "¿Por qué tienen que tener las mujeres la pensión más baja que los hombres?"* [Archivo de Video]. Recuperado de [https://www.lasexta.com/programas/sexta-noche/noticias/paquita-la-voz-de-los-pensionistas-por-que-tienen-que-tener-las-mujeres-las-pensiones-mas-bajas-que-los-hombres\\_20170115587abe620cf21c707d142e7a.html](https://www.lasexta.com/programas/sexta-noche/noticias/paquita-la-voz-de-los-pensionistas-por-que-tienen-que-tener-las-mujeres-las-pensiones-mas-bajas-que-los-hombres_20170115587abe620cf21c707d142e7a.html)
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3\_Part\_1), 179-186. doi:10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. En C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89. doi:10.1093/geronj/30.1.85
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. En M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 33-59). New York, NY: Springer.
- Lee, J. S. W., Auyeung, T.-W., Leung, J., Kwok, T., & Woo, J. (2014). Transitions in Frailty States Among Community-Living Older Adults and Their Associated Factors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(4), 281-286. doi:10.1016/j.jamda.2013.12.002
- Lee, L., Patel, T., Costa, A., Bryce, E., Hillier, L. M., Slonim, K., ... & Molnar, F. (2017). Screening for frailty in primary care: Accuracy of gait speed and hand-grip strength. *Canadian Family Physician*, 63(1), e51-e57.

- Lee, K. E., & Lee, H.-W. (2018). Priming effects of age stereotypes on memory of older adults in Korea. *Asian Journal of Social Psychology*, 22(1), 39-46. doi:10.1111/ajsp.12343
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona, España: Herder.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. doi:10.1016/j.puhe.2017.07.035
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., ... & Reynolds, C. F. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability: A Review of the Literature and Prospectus for Future Research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135. doi:10.1097/00019442-200105000-00004
- León, S., Correa-Beltrán, G., & Giacaman, R. A. (2015). Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools. *Gerodontology*, 32(2), 141-148. doi:10.1111/ger.12065
- Leonard A. (1990). The theories of Thomas Sydenham (1624-1689). *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 24(2), 141-143.
- Leonardi, F. (2018). The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735-748. doi:10.1177/0020731418782653
- Lester, D. (1990). Galen's Four Temperaments and Four-Factor Theories of Personality: A Comment on "Toward a Four-Factor Theory of Temperament and/or Personality". *Journal of personality Assessment*, 54(1-2), 423-426.
- Leung, A. Y. M., Chan, S. S. C., Kwan, C. W., Cheung, M. K. T., Leung, S. S. K., & Fong, D. Y. T. (2012). Service learning in medical and nursing training: a randomized controlled trial. *Advances in health sciences education*, 17, 529-545. doi:10.1007/s10459-011-9329-9
- Lev, S., Wurm, S., & Ayalon, L. (2018). Origins of Ageism at the Individual Level. En L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 51-72). Cham, Suiza: Springer. doi:10.1007/978-3-319-73820-8\_4
- Levin, W. C. (1988). Age stereotyping: College student evaluations. *Research on Aging*, 10(1), 134-148. doi:10.1177/0164027588101007

- Levy, B., & Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China among the American deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 989-997. doi:10.1037/0022-3514.66.6.989
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092-1107. doi:10.1037/0022-3514.71.6.1092
- Levy, B. (2000). Handwriting as a reflection of aging self-stereotypes. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 81-94.
- Levy, B.R. & Banaji, M.R. (2002). Implicit Ageism. En T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pp. 49-75). Cambridge, MA: MIT Press.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002a). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi:10.1037/0022-3514.83.2.261
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002b). Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), P409-P417. doi:10.1093/geronb/57.5.p409
- Levy, B. R., Kasl, S. V., & Gill, T. M. (2004). Image of aging scale. *Perceptual and motor skills*, 99(1), 208-210. doi:10.2466/pms.99.1.208-210
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625-629. doi:10.1016/j.ypmed.2004.02.029
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Gill, T. M. (2006). Hearing decline predicted by elders' stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(2), P82-P87, doi:10.1093/geronb/61.2.P82
- Levy, B. R., Ryall, A. L., Pilver, C. E., Sheridan, P. L., Wei, J. Y., & Hausdorff, J. M. (2008). Influence of African American elders' age stereotypes on their cardiovascular response to stress. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 85-93. doi:10.1080/10615800701727793
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332-336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x

- Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and aging*, 24(1), 230-233. doi:10.1037/a0014563
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2012a). Memory Shaped by Age Stereotypes over Time. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 432-436. doi:10.1093/geronb/gbr120
- Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2012b). Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery From Disability in Older Persons. *JAMA*, 308(19), 1972-1973. doi:10.1001/jama.2012.14541
- Levy, B. R., Pilver, C. E., & Pietrzak, R. H. (2014). Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted. *Social Science & Medicine*, 119, 170-174. doi:10.1016/j.socscimed.2014.06.046
- Levy, S. R. (2018). Toward reducing ageism: PEACE (positive education about aging and contact experiences) model. *The Gerontologist*, 58(2), 226-232. doi:10.1093/geront/gnw116
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E., Kanno, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *The Gerontologist*, 60(1), 174-181. doi:10.1093/geront/gny131
- Ley de Especialidades Médicas. (21 de Julio, 1955). Recuperado de <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1955/202/A04440-04442.pdf>
- Ley 44/2003. (21 de Noviembre, 2003). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
- Lilienfeld, S. O. (2017). Microaggressions. *Perspectives on Psychological Science*, 12(1), 138-169. doi:10.1177/1745691616659391
- Lillo-Crespo, M., Gomis, L. P., Santoro, E., & Sánchez, M. (2001). Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia. En Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (Ed.), *XII jornadas de interrelación de enfermería del Alto y Medio Vinalopó* (pp. 161-171). CECOVA.
- Linton, P.-J. (2001). T cell senescence. *Frontiers in Bioscience*, 6, d248-d261.
- Lipsky, M. S., Cannon, M., & Lutfiyya, M. N. (2014). Gender and health disparities: The case of male gender. *Disease-a-Month*, 60(4), 138-144. doi:10.1016/j.disamonth.2014.02.001

- Lizan L., & Reig, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 29(6), 378-384.
- Llera, F. G. (2001). Formación especializada en Geriatria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 36(5), 43-50.
- Llobera-Cànaves, J. (1988). La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gaceta Sanitaria*, 2(9), 271-275. doi:10.1016/s0213-9111(88)70939-5
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F. B., Sala, J. M., & Seva, A. D. (1979). Cognocitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients). *Actas luso-españolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 7(3), 189-202.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*, 112(20), 767-774.
- Loi, S. M., Dow, B., Moore, K., Hill, K., Russell, M., Cyarto, E., ... & Lautenschlager, N. T. (2015). Attitudes to aging in older carers do they have a role in their well-being?. *International psychogeriatrics*, 27(11), 1893-1901. doi:10.1017/S1041610215000873
- Loos, E., & Ivan, L. (2018). Visual Ageism in the Media. En L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 163-176). Cham, Suiza: Springer. doi:10.1007/978-3-319-73820-8\_11
- López-Novoa, J. L., & Rodríguez-Puyol, D. (1997). Mecanismos de envejecimiento celular. *Nefrología*, 17(Supplement\_3), 15-22.
- López-Pulido, A. (2013). La vigencia de los clásicos: el ejemplo de Cicerón. *Gerokomos*, 24(2), 56-62. doi:10.4321/S1134-928X2013000200002
- López, R. (2013). Valoración y examen del paciente geriátrico. Asistencia geriátrica y niveles asistenciales. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Ed.), *Manual de Buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 29-43). Madrid, España: IMC S. A.
- López-Pulido, A. (2018). La vejez como enfermedad: un tópico acuñado en la Antigüedad clásica. *Gerokomos*, 29(4), 156-159.

- Lorenzo-López, L., López-López, R., Maseda, A., Buján, A., Rodríguez-Villamil, J. L., & Millán-Calenti, J. C. (2019). Changes in frailty status in a community-dwelling cohort of older adults: The VERISAÚDE study. *Maturitas*, 119, 54-60. doi:10.1016/j.maturitas.2018.11.006
- Losada, A. (2004). Edadismo: Consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención de las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Portal Mayores*, (14), 13-18. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- Loterías y Apuestas del Estado [Loterías y Apuestas del Estado]. (14 de Noviembre, 2016). *Anuncio Lotería de Navidad 2016 - 21 de diciembre [Oficial] [Archivo de Video]*. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=4&v=hknVVMfMzPo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=4&v=hknVVMfMzPo)
- Low, G., & Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in nursing & health*, 30(2), 141-150. doi:10.1002/nur.20178
- Lowenberg, J. S., & Davis, F. (1994). Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health and Illness*, 16(5), 579-599. doi:10.1111/1467-9566.ep11348024
- Lowsky, D. J., Olshansky, S. J., Bhattacharya, J., & Goldman, D. P. (2014). Heterogeneity in Healthy Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(6), 640-649. doi:10.1093/gerona/glt162
- Lozano F. (2014). Basic Theories of Traditional Chinese Medicine. En Y. C. Lin & E. S. Z. Hsu (Eds.), *Acupuncture for Pain Management* (pp. 13-43). New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4614-5275-1\_2
- Lu, W. H., Hoffman, K. G., Hosokawa, M. C., Gray, M. P., & Zweig, S. C. (2010). First year medical students' knowledge, attitudes, and interest in geriatric medicine. *Educational Gerontology*, 36(8), 687-701. doi:10.1080/03601270903534630
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., Gómez-Benito, J., & Power, M. J. (2013). Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 490-499. doi:10.1017/s1041610212001809
- Lucchetti, A. L. G., Lucchetti, G., de Oliveira, I. N., Moreira-Almeida, A., & da Silva Ezequiel, O. (2017). Experiencing aging or demystifying myths? impact of different “geriatrics and gerontology” teaching strategies in first year medical students. *BMC medical education*, 17(35). doi:10.1186/s12909-017-0872-9

- Luengo, C., Maicas, L., Navarro, M. J., & Romero, L. (2007). Justificación, Concepto e Importancia de los Síndromes Geriátricos. En Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Tratado de Geriatría para Residentes* (pp. 143-150). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., ... & Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1456-1464. doi:10.1080/13607863.2017.1364347
- Lytle, A., & Levy, S. R. (2019). Reducing ageism: Education about aging and extended contact with older adults. *The Gerontologist*, 59(3), 580-588. doi:10.1093/geront/gnx177
- Macdonald, J. L., & Levy, S. R. (2016). Ageism in the Workplace: The Role of Psychosocial Factors in Predicting Job Satisfaction, Commitment, and Engagement. *Journal of Social Issues*, 72(1), 169-190. doi:10.1111/josi.12161
- Macías, J. F. (2009). Geriatría, Historia, Concepto, Equipo Multidisciplinar. En E. Jaramillo, J. Álvarez, & J. F. Macías (Eds.), *Valoración geriátrica integral en Dependencia en Geriatría* (1<sup>st</sup> ed., pp. 11-20). Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Macklin, R. (1979). Mental Health and Mental Illness. Some problems of definition and concept formation. En J. M. Humber & R. F. Almeder (Eds.), *Biomedical Ethics and the Law* (1<sup>st</sup> ed., pp. 131-158). New York, NY: Springer Science + Business.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal*.
- Maier, H., & Klumb, P. L. (2005). Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context? *European Journal of Ageing*, 2, 31-39. doi:10.1007/s10433-005-0018-5
- Makris, U. E., Higashi, R. T., Marks, E. G., Fraenkel, L., Sale, J. E., Gill, T. M., & Reid, M. C. (2015). Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities. Why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 15(39). doi:10.1186/s12877-015-0042-z
- Malangón, J. L., Amador, L. V., & Mateos, F. (2001). Los estereotipos de la vejez. En A. J. Colom & C. Orte (Eds.), *Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores* (pp. 57-76). Palma, España: Universitat de les Illes Balears.

- Mancebo-Aracil, J. F. (2014). Mayores, publicidad y medios de comunicación: Una revisión teórica / Elderly, advertising and media: A theoretical review. *Historia y Comunicación Social*, 19, 573-588.
- Manrique, M. P. (1999). Consideraciones sobre la vejez desde la prehistoria hasta la peste negra. *Gerokomos*, 10(4), 156-160.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., ... & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4), 430-439. doi:10.1016/j.arr.2011.03.003
- Marquet, M., Boutaayamou, M., Schwartz, C., Locquet, M., Bruyere, O., Croisier, J. L., & Adam, S. (2018). Does negative information about aging influence older adults' physical performance and subjective age?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 181-189. doi:10.1016/j.archger.2018.06.013
- Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1995). Selective optimization with compensation: Lifespan perspectives. En R. A. Dixon & L. Bäckman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35-79). New York, NY: Erlbaum
- Martin, G. M., Sprague, C. A., & Epstein, C. J. (1970). Replicative life-span of cultivated human cells. *Lab. Invest*, 23(1), 86-92.
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14-25. doi:10.1093/geront/gnu044
- Martinčeková, L., & Škrobáková, Ž. (2019). Transition from work to retirement: theoretical models and factors of adaptation. *Individual & Society/Clovek a Spolocnost*, 22(1), 1-15. doi:10.31577/cas.2019.01.549
- Martínez, M. P., Polo, M. L., & Carrasco, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cultura de los cuidados*, (11), 40-46. doi:10.14198/cuid.2002.11.08
- Martínez, M. L., & Chamorro, E. (2017). Etapa doméstica del cuidado. En *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 1-32). Elsevier.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, 17(230). doi:10.1186/s12877-017-0621-2

- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. doi:10.1037/0003-066X.35.9.807
- Mateo, M. L., Penacho, M. A., Berisa, F., & Plaza, A. (2008). Nuevas tablas de fuerza de la mano para población adulta de Teruel. *Nutrición hospitalaria*, 23(1), 35-40.
- Mateos, J. (2018). *Enseñanza de la Geriatría en las facultades de medicina españolas* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/45963/1/T39482.pdf>
- Mathias, S., Nayak, U. S., & Isaacs, B. (1986). Balance in elderly patients: the " get-up and go" test. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 67(6), 387-389.
- Mathiowetz, V., Kashman, N., Volland, G., Weber, K., Dowe, M., & Rogers, S. (1985). Grip and pinch strength: normative data for adults. *Arch Phys Med Rehabil*, 66(2), 69-74.
- Matthews, D. A. (1984). Dr. Marjory Warren and the Origin of British Geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32(4), 253-258. doi:10.1111/j.1532-5415.1984.tb02017.x
- Maxwell, A. J., & Sullivan, N. (1980). Attitudes toward the geriatric patient among family practice residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 28(8), 341-345. doi:10.1111/j.1532-5415.1980.tb01095.x
- Mazerolle, M., Régner, I., Barber, S. J., Paccalin, M., Miazola, A. C., Huguet, P., & Rigalleau, F. (2017). Negative aging stereotypes impair performance on brief cognitive tests used to screen for predementia. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(6), 932-936. doi:10.1093/geronb/gbw083
- McCallin, A. (2003). Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *Journal of Nursing Management*, 11(6), 364-370. doi:10.1046/j.1365-2834.2003.00425.x
- McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., & Dehlin, O. (1999). Social Relationships and Health as Predictors of Life Satisfaction in Advanced Old Age: Results from a Swedish Longitudinal Study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 48(4), 301-324. doi:10.2190/gx0k-565h-08fb-xf5g
- McGowan, T.G. (1996). Ageism and Discrimination. (1996). En V. W. Marshall, T. R. Cole, A. Svanborg, E. J. Masoro, K. W. Schaie & J. E. Birren (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged* (pp. 71-80). San Diego, CA: Academic Press.

- McHugh, K. E. (2003). Three faces of ageism: society, image and place. *Ageing and Society*, 23(2), 165-185. doi:10.1017/s0144686x02001113
- McKee, P., & Barber, C. E. (2001). *Journal of Aging and Identity*, 6, 93-104. doi:10.1023/a:1011340414462
- Mederos, A., & Puente, A. (1996). *La vejez*. Madrid, España: Acento Editorial.
- Medina, R. (2018). Vejez, Envejecimiento y Edadismo. En M. P. Rodríguez & T. Aguado (Eds.), *Representaciones artísticas y sociales del envejecimiento* (pp. 27-42). Madrid, España: Midac.
- Medvedev, Z. A. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biological Reviews*, 65(3), 375-398. doi:10.1111/j.1469-185X.1990.tb01428.x
- Meiner, S. E. (2014). Theories of Aging. En S. E. Meiner (Ed.), *Gerontologic Nursing - E-Book* (5<sup>th</sup> ed., pp. 16-28). Maryland Heights, MO: Elsevier Health Sciences.
- Melero, L. (2007). Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes en adolescentes y jóvenes. En B. Kristensen, L. Álvarez, & J. E. Pim (Eds.), *Comunicación e persoas maiores. Actas do Foro Internacional* (pp. 29-46). Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.
- Mellor, D., McCabe, M., Rizzuto, L., & Gruner, A. (2015). Respecting our elders: Evaluation of an educational program for adolescent students to promote respect toward older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(2), 181-190. doi:10.1037/ort0000041
- Méndez, P. (2007). La concepción social de la vejez: entre la sabiduría y la enfermedad. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, (41), 153-160.
- Mendoza-Vega, J. (2003). Prehistoria y Medicina Mágica. En *Lecciones de historia de la medicina* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 11-24). Bogotá, Colombia: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Mendoza-Ruvalcaba, N. M., & Arias-Merino, E. D. (2015). "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 829-837. doi:10.2147/cia.s79511
- Mendoza-Ruvalcaba, N. M., & Fernández-Ballesteros, R. (2016). Effectiveness of the Vital Aging program to promote active aging in Mexican older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1631-1644. doi:10.2147/cia.s102930

- Menéndez, S., Cuevas, A. M., Pérez, J., & Lorence, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 51(6), 323-328. doi:10.1016/j.regg.2015.12.003
- Mercer, S. O., Heacock, P., & Beck, C. K. (1994). Nurse's Aides in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 21(1-2), 95-112. doi:10.1300/j083v21n01\_07
- Merz, C. C., Stark, S. L., Morrow-Howell, N. L., & Carpenter, B. D. (2018). When I'm 64: Effects of an interdisciplinary gerontology course on first-year undergraduates' perceptions of aging. *Gerontology & Geriatrics Education*, 39(1), 35-45. doi:10.1080/02701960.2016.1144600
- Metchnikoff, E. (1903). *Etudes sur la nature humaine: essai de philosophie optimiste*. Paris, Francia: Masson.
- Milà, R., Formiga, F., Duran, P., & Abellana, R. (2012). Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 139(11), 502-508. doi:10.1016/j.medcli.2012.04.008
- Milholland, B., Suh, Y., & Vijg, J. (2017). Mutation and catastrophe in the aging genome. *Experimental Gerontology*, 94, 34-40. doi:10.1016/j.exger.2017.02.073
- Millán, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid, España: McGraw-Interamericana.
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 306-310. doi:10.1016/j.archger.2009.04.017
- Miller, W. L. (1988). Models of health, illness, and health care. En R. B. Taylor (Ed.), *Family Medicine. Principles and Practice* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 35-42). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Miller, D. K., Lewis, L. M., Nork, M. J., & Morley, J. E. (1996). Controlled Trial of a Geriatric Case-Finding and Liaison Service in an Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(5), 513-520. doi:10.1111/j.1532-5415.1996.tb01435.x
- Miller, C. A. (2009). Theoretical Perspectives on Aging Well. En *Nursing for Wellness in Older Adults* (5<sup>th</sup> ed., pp. 30-47). Lippincott Williams & Wilkins.

- Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society*, 20(3), 253-278. doi:10.1017/s0144686x99007710
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2008). *Encuesta Nacional de Salud España 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17\\_pres\\_web.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf)
- Minois, G. (1987). *Histoire de la vieillesse en Occident. De l'Antiquité à la Renaissance* (Trad. C. M. Sánchez). Madrid, España: Editorial Nerea.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 41(1), 55-63. doi:10.1016/S0211-139X(06)72923-7
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). Aspecto social del envejecimiento. En B. L. Mishara & R. G. Riedel (Eds.), *El proceso de envejecimiento* (3<sup>th</sup> ed., pp. 66-94). Madrid, España: Ediciones Morata.
- Mitnitski, A., Howlett, S. E., & Rockwood, K. (2017). Heterogeneity of Human Aging and Its Assessment. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 72(7), 877-884. doi:10.1093/gerona/glw089
- Moberg, D. O. (2012). Spirituality in Gerontological Theories. En D. O. Moberg (Ed.), *Aging and Spirituality: Spiritual Dimensions of Aging Theory, Research, Practice, and Policy* (pp. 33-52). Binghamton, NY: Routledge.
- Mock, S. E., & Eibach, R. P. (2011). Aging attitudes moderate the effect of subjective age on psychological well-being: Evidence from a 10-year longitudinal study. *Psychology and aging*, 26(4), 979-986. doi:10.1037/a0023877
- Molaschi, M., Ponzetto, M., Ferrario, E., Scarafiotti, C., & Fabris, F. (1995). Health and functional status in elderly patients living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 21(3), 267-276. doi:10.1016/0167-4943(95)00661-4
- Montenegro, M., Montejo, P., Llanero, M., & Reinoso, A. I. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 47-56. doi:10.1016/j.rlfa.2012.03.002
- Montepare, J. M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33(1), 42-46. doi:10.1177/0165025408095551

- Monteserín, R., Altimir, S., Brotons, C., Padrós, J., Santa Eugenia, S., Moral, I., ... & Sellarès, J. (2008). Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de la valoración geriátrica integral seguida de intervención en atención primaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(1), 5-12. doi:10.1016/s0211-139x(08)71144-2
- Montón, C., Pérez-Echeverría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J., & Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6), 345-349.
- Montorio, I., & Izal, M. (1991). *Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez*. Edición experimental. Trabajo no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montoro, J. (1998). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, 21-30.
- Morabia, A. (2015). Mervyn Susser, the last of the three American classical epidemiology tenors. *Annals of epidemiology*, 25(2), 140-142. doi:10.1016/j.annepidem.2014.10.014
- Moreno, A. (2010). Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Poiésis*, (19).
- Morgan, L. A., & Bengtson, V. L. (1976). Negative attributes of old age and positive potential in old age. En D. J. Magen & W. A. Peterson (Eds.), *Research instruments in social gerontology* (pp. 606-607). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Morley, J. E., Morris, J. C., Berg-Weger, M., Borson, S., Carpenter, B. D., del Campo, N., ... & Vellas, B. (2015). Brain Health: The Importance of Recognizing Cognitive Impairment: An IAGG Consensus Conference. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(9), 731-739. doi:10.1016/j.jamda.2015.06.017
- Moser, C., Spagnoli, J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-Perception of Aging and Vulnerability to Adverse Outcomes at the Age of 65-70 Years. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(6), 675-680. doi:10.1093/geronb/gbr052
- Mroczek, D. K., & Spiro III, A. (2003). Modeling intraindividual change in personality traits: Findings from the Normative Aging Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), P153-P165. doi:10.1093/geronb/58.3.P153

- Mukherjee, P. K., Harwansh, R. K., Bahadur, S., Banerjee, S., Kar, A., Chanda, J., ... & Katiyar, C. K. (2017). Development of Ayurveda tradition to trend. *Journal of ethnopharmacology*, 197, 10-24. doi:10.1016/j.jep.2016.09.024
- Munley, P. H. (1977). Erikson's theory of psychosocial development and career development. *Journal of Vocational Behavior*, 10(3), 261-269. doi:10.1016/0001-8791(77)90062-8
- Muñoz, I. (2005). Los estereotipos de la vejez: un problema social en vías de superación. *Pedagogía y saberes*, (22), 9-20. doi:10.17227/01212494.22pys9.20
- Muruamendiaraz, A. (2019). *Prensa escrita y edadismo: tratamiento informativo de las personas mayores en los periódicos de mayor difusión de Bizkaia*. Manuscrito no publicado, Universidad de Deusto, España.
- Mussoll, J., Espinosa, M. C., Quera, D., Serra, M. E., Pous, E., Villarroya, I., & Puig-Domingo, M. (2002). Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(5), 249-253. doi:10.1016/s0211-139x(02)74818-x
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G., & Lindenberg, J. (2013). Added value of elder abuse definitions: a review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 50-57. doi:10.1016/j.arr.2012.04.001
- Naegele, L., De Tavernier, W., & Hess, M. (2018). Work Environment and the Origin of Ageism. En L. Ayalon L. & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 73-90). Cham, Suiza: Springer. doi:10.1007/978-3-319-73820-8\_5
- Nakamura, E., & Miyao, K. (2008). Sex differences in human biological aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(9), 936-944. doi:10.1093/gerona/63.9.936
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19). doi:10.1186/1478-4491-11-19
- Nascher, I. L. (1909). Geriatrics. *New York Medical Journal*, 90: 358-359
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

- Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., ... & Delaney, L. (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age and ageing*, 41(1), 98-103. doi:10.1093/ageing/afr107
- Nelson T. D. (2002). *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207-221. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x
- Nelson, T. D. (2016). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist*, 71(4), 276-282. doi:10.1037/a0040221
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(4), 357-363. doi:10.1136/jech.2005.040071
- Netuveli, G. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(4), 357-363. doi:10.1136/jech.2005.040071
- Neupert, S. D., Almeida, D. M., & Charles, S. T. (2007). Age differences in reactivity to daily stressors: The role of personal control. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(4), P216-P225. doi:10.1093/geronb/62.4.P216
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U., & Ruthig, J. C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2-3), 273-290. doi:10.1177/0265407509106718
- Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., & Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. *Neurología (English Edition)*, 32(8), 523-532. doi:10.1016/j.nrleng.2016.02.009
- Nodoushan, M. A. S. (2014). Assessing writing: A review of the main trends. *Studies in English Language and Education*, 1(2), 116-125.
- Nohl, H. (1993). Involvement of free radicals in ageing: a consequence or cause of senescence. *British Medical Bulletin*, 49(3), 653-667. doi:10.1093/oxfordjournals.bmb.a072638

- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982-997. doi:10.1037/a0027843
- Nosek, B. A., Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2002). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics, Theory, Research, and Practice*, 6(1), 101-115. doi:10.1037//1089-2699.6.1.101
- Numbers, K. T., Barnier, A. J., Harris, C. B., & Meade, M. L. (2019). Ageing stereotypes influence the transmission of false memories in the social contagion paradigm. *Memory*, 27(3), 368-378. doi:10.1080/09658211.2018.1511809
- Nun, J. F. (2002). The healers. En *Ancient Egyptian Medicine* (pp. 113-135). London, England: University of Oklahoma Press.
- Nunes, C., Menéndez, S., Martins, C., & Martins, H. (2018). Psychometric properties of the Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire (CENVE) among a sample of Portuguese adults. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(3). doi:10.1186/s41155-018-0085-0
- Observatorio de personas mayores. (2009). *Edadismo en América*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec40.pdf>
- Ofori-Asenso, R., Chin, K. L., Mazidi, M., Zomer, E., Ilomaki, J., Zullo, A. R., ... & Liew, D. (2019). Global Incidence of Frailty and Pre frailty Among Community-Dwelling Older Adults. *JAMA Network Open*, 2(8), e198398. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8398
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6-12. doi:10.1016/j.hkpj.2013.11.003
- Oliva, A. [Alvaro Oliva]. (14 de Abril, 2012). *Posturas cortometraje / Positions Shortfilm English Subtitles* [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ybeB5YGtu2w>
- Olovnikov, A. M. (1971). Principles of marginotomy in template synthesis of polynucleotides. *Dokl. Akad. Nauk*, 201(6), 1496-1499.
- Olovnikov, A. M. (1973). A theory of marginotomy. *Journal of Theoretical Biology*, 41(1), 181-190. doi:10.1016/0022-5193(73)90198-7

- Olson, C. J. (2003). A curriculum module enhances students' gerontological practice-related knowledge and attitudes. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(4), 85-102. doi:10.1300/J083v38n04\_08
- Orden SCO/2603/2008. (1 de Septiembre, 2008). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2008/09/15/pdfs/A37785-37790.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento*. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan\\_de\\_accion\\_internacional\\_de\\_viena\\_sobre\\_el\\_envejecimiento.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (8-12 de abril 2002 - Madrid, España)*. Recuperado de [https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing\\_assembly2/](https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/)
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1974). *Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un Comité de Expertos* (pp. 49-50). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38783/WHO\\_TRS\\_548\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38783/WHO_TRS_548_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77777/WHO\\_MSD\\_MER\\_Rev.2012.04\\_eng.pdf;jsessionid=86D01603B2F981AC6782C3487513705E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77777/WHO_MSD_MER_Rev.2012.04_eng.pdf;jsessionid=86D01603B2F981AC6782C3487513705E?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Maltrato de las personas mayores* [15 de Junio, 2020]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020* [11 de Febrero, 2020]. Recuperado de

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>

Organización Mundial de la Salud (n.d.). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Orgel, L. E. (1963). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 49(4), 517-521. doi:10.1073/pnas.49.4.517

Orgel, L. E. (1970). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing: a correction. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 67(3), 1476. doi:10.1073/pnas.67.3.1476

Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. University of Illinois press.

Osiewacz, H. D. (1997). Genetic regulation of aging. *Journal of Molecular Medicine*, 75, 715-727. doi:10.1007/s001090050158

Öztürk, A., Şimşek, T. T., Yümin, E. T., Sertel, M., & Yümin, M. (2011). The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), 278-283. doi:10.1016/j.archger.2010.12.011

Pacala, J. T., Boulton, C., Bland, C., & O'Brien, J. (1995). Aging game improves medical students' attitudes toward caring for elders. *Gerontology & Geriatrics Education*, 15(4), 45-57. doi:10.1300/J021v15n04\_05

Pal, M. (1991). The tridosha theory. *Ancient science of life*, 10(3), 144-155.

Palmore, E. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17(4), 315-320. doi:10.1093/geront/17.4.315

Palmore, E. (1980). The facts on aging quiz: a review of findings. *The Gerontologist*, 20(6), 669-672. doi:10.1093/geront/20.6.669

Palmore, E. B. (1981). The facts on aging quiz: Part two. *The Gerontologist*, 21(4), 431-437. doi:10.1093/geront/21.4.431

Palmore, E. B. (1988). *The facts on aging Quiz*. New York, NY: Springer.

Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. New York, NY: Springer.

- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-575. doi:10.1093/geront/41.5.572
- Palmore, E. B. (2003). Ageism comes of age. *The Gerontologist*, 43(3), 418-420. doi:10.1093/geront/43.3.418
- Palmore, E. B. (2004). Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 41-46. doi:10.1023/B:JCCG.0000015098.62691.ab
- Pardo-Andreu, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 58-67.
- Pardo, M. (2014). Alcanzar la plenitud: generatividad, integridad y trascendencia. En *Retos de la segunda mitad de tu vida: Desarrolla tu máximo potencial en la edad adulta* (1<sup>st</sup> ed., pp. 81-134). México: Noriega Editores
- Parish, A., Kim, J., Lewallen, K. M., Miller, S., Myers, J., Panepinto, R., & Maxwell, C. A. (2019). Knowledge and perceptions about aging and frailty: An integrative review of the literature. *Geriatric Nursing*, 40(1), 13-24. doi:10.1016/j.gerinurse.2018.05.007
- Patra, P., Alikari, V., Fradelos, E. C., Sachlas, A., Kourakos, M., Gil, A. P. R., ... & Zyga, S. (2017). Assessment of depression in elderly. Is perceived social support related? A nursing home study. En P. Vlamos (Ed.), *GeNeDis 2016* (vol. 987, pp. 139-150). Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-57379-3\_13
- Patwardhan, B., Warude, D., Pushpangadan, P., & Bhatt, N. (2005). Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), 465-473. doi:10.1093/ecam/neh140
- Pawelec, G., Remarque, E., Barnett, Y., & Solana, R. (1998). T cells and aging. *Frontiers in Bioscience*, 3, d59-d99.
- Pearl, R. (1928). *The rate of living*. London, England: University Press.
- Pearson, A., Vaughan, B., & FitzGerald, M. (2005). The Traditional Model for Nursing Practice. En A. Pearson, B. Vaughan, & M. FitzGerald (Eds.), *Nursing Models for Practice* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 43-56). Elsevier Health Sciences.
- Peck, R.C. (1956). Psychological developments in the second half of life. En E. E. Anderson (Ed.), *Psychological aspects of aging* (pp. 42-53). Washington, DC: American Psychological Association.

- Peck, R. C. (1968). Psychological developments in the second half of life. En B.L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (pp. 88-92). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Penner, A. (2020). Integración social de adultos mayores y el rol de la educación inclusive en la Colonia Fernheim, Chaco-Paraguay. En L. Ortiz & J. J. Carrión (Coords.), *Reflexionando sobre la educación inclusiva. Una apuesta de futuro* (pp. 461-466). Almería, España: Universidad de Almería.
- Perea, R. (2004). ¿Qué es la educación para la salud? En *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo* (pp. 1-20). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Pérez, N., & Mateos, J. (2011). Valoración Geriátrica como Instrumento. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Ed.), *Manual del Residente en Geriatria* (pp. 16-23). Madrid, España: Ene Life Publicidad S.A. y SEGG.
- Perlado, F. (1995). Geriatria Hospitalaria. En *Teoría y Práctica de la Geriatria* (pp. 171-186). Madrid, España: Edicions Díaz de Santos.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 56(3), 303-308. doi:10.1001/archneur.56.3.303
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. doi:10.1016/j.regg.2015.10.003
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
- Phibbs, S., & Hooker, K. (2018). An Exploration of Factors Associated With Ageist Stereotype Threat in a Medical Setting. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(7), 1-6. doi:10.1093/geronb/gbx034
- Pierce, C. (1974). Psychiatric problems of the Black minority. En S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (pp. 512-523). New York, NY: Basic Books.
- Pillemer, K., & Moore, D. W. (1989). Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist*, 29(3), 314-320. doi:10.1093/geront/29.3.314

- Pillemer, K., Connolly, M. T., Breckman, R., Spreng, N., & Lachs, M. S. (2015). Elder mistreatment: priorities for consideration by the white house conference on aging. *The Gerontologist*, 55(2), 320-327. doi:10.1093/geront/gnu180
- Pilotto, A., Cella, A., Pilotto, A., Daragjati, J., Veronese, N., Musacchio, C., ... & Panza, F. (2017). Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 192e1-192e11. doi:10.1016/j.jamda.2016.11.004
- Pita, A. J., & Carabias, R. (2005). Niveles Asistenciales Geriátricos. En Centro de Humanización de Salud (Ed.), *Manual De Especialización Para Gerocultores y Auxiliares Geriátricos: Síndromes Geriátricos* (1<sup>st</sup> ed., pp-15-38). Madrid, España: Caritas Española.
- Pitt, B. (1998). Loss in late life. *Bmj*, 316(7142), 1452-1454. doi:10.1136/bmj.316.7142.1452
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., ... & Steffens, D. C. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29, 125-132. doi:10.1159/000109998
- Población, C. (2017). *Representaciones de la vejez. Estudio de caso en Oviedo. Un acercamiento a la perspectiva interior y autoimagen sobre el envejecimiento y la vejez a través de la voz de sus protagonistas* (Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Oviedo, Oviedo, España). Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/43539/6/TFM.%20CarlotaPoblacionFernandez.pdf>
- Polizzi, K. G., & Millikin, R. J. (2002). Attitudes toward the elderly: Identifying problematic usage of ageist and overextended terminology in research instructions. *Educational Gerontology*, 28(5), 367-377. doi:10.1080/03601270290081344
- Polo, M. L., & Martínez, M. P. (2012). Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los cuidados*, (10), 15-20. doi:10.14198/cuid.2001.10.05
- Pomatto, L. C. D., & Davies, K. J. A. (2017). The role of declining adaptive homeostasis in ageing. *The Journal of Physiology*, 595(24), 7275-7309. doi:10.1113/jp275072

- Porock, D., & Walker, W. L. (2013). Theories of Ageing. En J. McGarry, P. Clissett, D. Porock, & W. Walker (Eds.), *Placement Learning in Older People Nursing: A guide for students in practice* (pp. 47-60). Elsevier Health Sciences.
- Portal Mayores. (2012). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *Revista 60 y Mas*, 314, 46-51. Recuperado de <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>
- Porter, D. (1999). Population, health and pre-modern states. En *Health, Civilization and the State* (1<sup>st</sup> ed., pp. 9-62). London, England: Routledge.
- Porth, C. M., & Matfin, G. (2009). *Pathophysiology: Concepts of altered health. Structure and function of the gastrointestinal system* (8th ed., pp. 894-948). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Postle, K., Wright, P., & Beresford, P. (2005). Older people's participation in political activity-making their voices heard: A potential support role for welfare professionals in countering ageism and social exclusion. *Practice*, 17(3), 173-189. doi:10.1080/09503150500285123
- Prioreschi, P. (2006). Paracelsus : a reevaluation 1. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 64(1), 52-62. doi:10.1016/s0003-4509(06)75294-4
- Puig, M., Lluch, M. T., & Rodríguez, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.
- Putnam, M. (2002). Linking Aging Theory and Disability Models: Increasing the Potential to Explore Aging With Physical Impairment. *The Gerontologist*, 42(6), 799-806. doi:10.1093/geront/42.6.799
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Ragan, A. M., & Bowen, A. M. (2001). Improving attitudes regarding the elderly population: The effects of information and reinforcement for change. *The Gerontologist*, 41(4), 511-515. doi:10.1093/geront/41.4.511
- Rahman, A., & Jahan, Y. (2020). Defining a "Risk Group" and Ageism in the Era of COVID-19. *Journal of Loss and Trauma*, 25(8), 1-4. doi:10.1080/15325024.2020.1757993

- Rajani, F., & Jawaid, H. (2015). Theory of gerotranscendence: an analysis. *European Psychiatry*, 30(Supplement\_1), 28-31.
- Rantanen, T., Guralnik, J. M., Foley, D., Masaki, K., Leveille, S., Curb, J. D., & White, L. (1999). Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *Jama*, 281(6), 558-560. doi:10.1001/jama.281.6.558
- Rashedi, V., Gharib, M., & Yazdani, A. A. (2014). Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(1), 9-13.
- Rattan, S. I. S. (1989). DNA Damage and Repair during Cellular Aging. *International Review of Cytology*, 116, 47-88. doi:10.1016/s0074-7696(08)60638-5
- Real Academia Española. (2014a). Recuperado de <https://dle.rae.es/estereotipo?m=form>
- Real Academia Española. (2014b). Recuperado de <https://dle.rae.es/prejuicio>
- Real Academia Española. (2014c). Recuperado de <https://dle.rae.es/conducta>
- Real Academia Española. (2014d). Recuperado de <https://dle.rae.es/chochear>
- Real Decreto 2015/1978 de 15 de Julio (29 de Agosto, 1978). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/08/29/pdfs/A20172-20174.pdf>
- Real Decreto 127/1984. (11 de Enero, 1984). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf>
- Real Decreto 992/1987. (1 de Agosto, 1987). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf>
- Real Decreto 450/2005. (22 de Abril, 2005). Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450/dof/spa/pdf>
- Redín, J. M. (1999). Valoración geriátrica integral (I). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. *ANALES Sis San Navarra*, 22(Supplement 1), 41-50.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2020). *Informe nº 38. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Informe COVID-19, 6 de agosto de 2020* [6 de Agosto, 2020]. Recuperado de <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/GRIPE/Informe%20n%C2%BA%2038.Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%206%20de%20agosto%20de%202020.pdf>

- Reisberg, B., Ferris, S. H., de León, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136
- Retief, F. P., & Cilliers, L. (2007). Mesopotamian medicine. *South African Medical Journal*, 97(1), 27-29.
- Reuben, D. B., & Solomon, D. H. (1989). Assessment in Geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(6), 570-572. doi:10.1111/j.1532-5415.1989.tb05691.x
- Reuben, D. B., Borok, G. M., Wolde-Tsadik, G., Ershoff, D. H., Fishman, L. K., Ambrosini, V. L., ... & Beck, J. C. (1995). A Randomized Trial of Comprehensive Geriatric Assessment in the Care of Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine*, 332(20), 1345-1350. doi:10.1056/nejm199505183322007
- Reuben, D. B., Lee, M., Davis Jr, J. W., Eslami, M. S., Osterweil, D. G., Melchiorre, S., & Weintraub, N. T. (1998). Development and validation of a geriatrics attitudes scale for primary care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(11), 1425-1430. doi:10.1111/j.1532-5415.1998.tb06012.x
- Reuben, D. B., Frank, J. C., Hirsch, S. H., McGuigan, K. A., & Maly, R. C. (1999). A Randomized Clinical Trial of Outpatient Comprehensive Geriatric Assessment Coupled with an Intervention to Increase Adherence to Recommendations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(3), 269-276. doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb02988.x
- Ribera-Casado, J. M. (2001). Cincuenta años de la Asociación Internacional de Gerontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(2), 61-63.
- Ribera-Casado, J. M. (2017). Centenario de Elie Metchnikoff (1845-1916). *Educación Médica*, 18(2), 136-143. doi:10.1016/j.edumed.2016.11.009
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328. doi:10.4278/0890-1171-10.4.318
- Riley, M. W., Johnson, M., Foner, A. (1972). *Aging and society: Vol.3. A sociology of age stratification*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Rippon, I., Kneale, D., de Oliveira, C., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2014). Perceived age discrimination in older adults. *Age and Ageing*, 43(3), 379-386. doi:10.1093/ageing/aft146

- Rippon, I., & Steptoe, A. (2018). Is the relationship between subjective age, depressive symptoms and activities of daily living bidirectional? *Social Science & Medicine*, 214, 41-48. doi:10.1016/j.socscimed.2018.08.013
- Robertson, D. A., Savva, G. M., King-Kallimanis, B. L., & Kenny, R. A. (2015). Negative Perceptions of Aging and Decline in Walking Speed: A Self-Fulfilling Prophecy. *PLOS ONE*, 10(4), e0123260. doi:10.1371/journal.pone.0123260
- Robertson, D. A., & Kenny, R. A. (2016a). Negative perceptions of aging modify the association between frailty and cognitive function in older adults. *Personality and Individual Differences*, 100, 120-125. doi:10.1016/j.paid.2015.12.010
- Robertson, D. A., & Kenny, R. A. (2016b). "I'm too old for that"-The association between negative perceptions of aging and disengagement in later life. *Personality and Individual Differences*, 100, 114-119. doi:10.1016/j.paid.2016.03.096
- Robles, M. J., Miralles, R., Llorach, I., & Cervera, A. M. (2007). Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Tratado de Geriatría para Residentes* (pp. 25-32). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 150(4), 489-495.
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2011). Frailty Defined by Deficit Accumulation and Geriatric Medicine Defined by Frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(1), 17-26. doi:10.1016/j.cger.2010.08.008
- Rodríguez-Domínguez, S. (1989). Tradiciones culturales y estereotipos en Gerontología. En *La vejez: historia y actualidad* (1<sup>st</sup> ed., pp. 9-32). Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Rodríguez-Daza, K. D. (22 de Enero, 2011). *Vejez y envejecimiento*. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3286>
- Rodríguez-Sánchez, E., Mora-Simón, S., Patino-Alonso, M. C., García-García, R., Escribano-Hernández, A., García-Ortiz, L., ... & Gómez-Marcos, M. A. (2011). Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurology*, 11(147). doi:10.1186/1471-2377-11-147

- Rodríguez, J. R., Zas, V., Silva, E., Sanchoyerto, R., & Cervantes, M. D. C. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*, 9(1), 35-41.
- Romero-Rizos, L., Sánchez-Jurado, P. M., & Abizanda-Soler, P. (2009). El anciano en la unidad de geriatría de agudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(Supplement\_1), 15-26. doi:10.1016/j.regg.2009.02.006
- Romero-Rizos, L., Abizanda-Soler, P., & Luengo-Márquez, C. (2014). El proceso de enfermar en el anciano: fundamentos de la necesidad de una atención sanitaria especializada. En P. Abizanda-Soler & L. Rodríguez-Mañas (Eds.), *Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores* (pp. 9-16). Barcelona, España: Elsevier España.
- Rose, A. M. (1962). The Subculture of the Aging: A Topic for Sociological Research. *The Gerontologist*, 2(3), 123-127. doi:10.1093/geront/2.3.123
- Rose, M. A. (1984). The importance of influencing nursing students' attitudes toward older adults. *Public Health Nursing*, 1(3), 152-157. doi:10.1111/j.1525-1446.1984.tb00444.x
- Rosell, J., Vergés, A., Iribarra, D. T., Flores, K., & Gómez, M. (2020). Adaptation and Psychometric Characteristics of a Scale to Evaluate Ageist Stereotypes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104179. doi:10.1016/j.archger.2020.104179
- Rosen, S. L., & Reuben, D. B. (2011). Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(4), 489-497. doi:10.1002/msj.20277
- Rosencranz, H. A., & McNevin, T. E. (1969). A factor analysis of attitudes toward the aged. *The Gerontologist*, 9(1), 55-59. doi:10.1093/geront/9.1.55
- Rosow, I. (1963). Adjustment of the normal aged. En R. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Process of aging* (Vol. 2, pp. 195-223). New York, NY: Atherton.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Pantheon Books.
- Roy, A., & Harwood, J. (1997). Underrepresented, positively portrayed: Older adults in television commercials. *Journal of Applied Communication Research*, 25(1), 39-56. doi:10.1080/00909889709365464

- Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Wieland, G. D., English, P. A., Sayre, J. A., & Kane, R. L. (1984). Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit. *New England Journal of Medicine*, 311(26), 1664-1670. doi:10.1056/nejm198412273112604
- Rubenstein, L. Z. (1987). Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clinics in Geriatric Medicine*, 3(1), 1-15. doi:10.1016/S0749-0690(18)30823-1
- Ruch, W. (1992). Pavlov's types of nervous system, Eysenck's typology and the Hippocrates-Galen temperaments: An empirical examination of the asserted correspondence of three temperament typologies. *Personality and individual differences*, 13(12), 1259-1271.
- Ruipérez, I. (2001). Asistencia geriátrica sectorizada. *Revista española de geriatría y gerontología: Organo oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 36(5), 20-24.
- Rupp, D. E., Vodanovich, S. J., & Credé, M. (2005). The Multidimensional Nature of Ageism: Construct Validity and Group Differences. *The Journal of Social Psychology*, 145(3), 335-362. doi:10.3200/socp.145.3.335-362
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. doi:10.1207/s15327752jpa4203\_11
- Ryan, P., Coughlan, B. J., Shahid, Z., & Aherne, C. (2013). Older adults' experience of loss, bereavement and grief. En P. Ryan & B. J. Coughlan (Eds.), *Ageing and Older Adult Mental Health: Issues and Implications for Practice* (1<sup>st</sup> ed., 109-126). New York, NY: Routledge.
- Sabik, N. J. (2015). Ageism and body esteem: Associations with psychological well-being among late middle-aged African American and European American women. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(2), 189-199. doi:10.1093/geronb/gbt080
- Saini, A. (2016). Physicians of ancient India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 254-258. doi:10.4103/2249-4863.192322
- Salgado A, & Beltrán M. (1994). Asistencia geriátrica: geriatría de sector. En: A. Salgado & F. Guillén-Llera (Eds.), *Manual de geriatría* (2<sup>nd</sup> ed., p. 43-53). Barcelona, España: Masson.
- Salvà-Casanovas, A., Llevadot, D., Miró, M., Vilalta, M., & Rovira, J. C. (2004). La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en

- Cataluña. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(2), 101-108. doi:10.1016/s0211-139x(04)74940-9
- Salzman, B. (2006). Myths and realities of aging. *Care Management Journals*, 7(3), 141-150. doi:10.1891/cmj-v7i3a006
- Sampén-Celis, J. D., Varela-Pinedo, L. F., Díaz-Vélez, C., Tello-Rodríguez, T., & Ortiz Saavedra, P. J. (2012). Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Médica Peruana*, 29(3), 148-154.
- Sánchez-Lozano, A., Rexach, L., López, C., & Cruz-Jentoft, A. J. (1998). Adecuación de los pacientes a los criterios de derivación a una unidad de valoración geriátrica desde atención primaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 33(6), 357-361.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, Málaga, España). Recuperado de <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16704046.pdf>
- Sánchez, P. (2005). Unidades de Convalecencia. *Rev Mult Gerontol*, 15(1), 13-15.
- Sánchez, C., Trianes, M. V., & Blanca, M. J. (2009a). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 385-390. doi:10.1016/j.archger.2008.03.007
- Sánchez, C., Trianes, M. V., & Blanca, M. J. (2009b). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 124-129. doi:10.1016/j.regg.2008.12.008
- Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., ... Vellas, B. (2015). An International Definition for "Nursing Home." *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 181-184. doi:10.1016/j.jamda.2014.12.013
- Sanhueza, J. (2014). Estereotipos sociales sobre la vejez en estudiantes mayores: Estudio de un caso. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 3(1), 217-229.
- Sanjoaquín, A.C., Fernández, E., Mesa, M.P., & García-Arilla, E. (2007). Valoración Geriátrica Integral. En Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (Ed.), *Tratado de Geriatría para Residentes* (pp. 59-68). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A.

- San Román, T. (1990). *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona, España: La Caixa.
- Sarabia, C. M., & Castanedo, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12. doi:10.4321/S1134-928X2015000100003
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2012). The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychology and Aging*, 27(3), 750-760. doi:10.1037/a0027578
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2014). Longitudinal Change of Self-Perceptions of Aging and Mortality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 168-173. doi:10.1093/geronb/gbt005
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., Berry, S., & Mangione, C. M. (2002). Development, Reliability, and Validity of the Expectations Regarding Aging (ERA-38) Survey. *The Gerontologist*, 42(4), 534-542. doi:10.1093/geront/42.4.534
- Sarkisian, C. A., Prohaska, T. R., Wong, M. D., Hirsch, S., & Mangione, C. M. (2005a). The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 911-915. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0204.x
- Sarkisian, C. A., Steers, W. N., Hays, R. D., & Mangione, C. M. (2005b). Development of the 12-Item Expectations Regarding Aging Survey. *The Gerontologist*, 45(2), 240-248. doi:10.1093/geront/45.2.240
- Sasaki, H., Kasagi, F., Yamada, M., & Fujita, S. (2007). Grip strength predicts cause-specific mortality in middle-aged and elderly persons. *The American journal of medicine*, 120(4), 337-342. doi:10.1016/j.amjmed.2006.04.018
- Satariano, W. A. (2006). Aging, Health, and the Environment: An Ecological Model. En *Epidemiology of Aging: An Ecological Approach* (pp. 39-84). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Satin, D. G. (1994). The Interdisciplinary, Integrated Approach to Professional Practice with the Aged. En D. G. Satin (Ed.), *The Clinical Care of the Aged Person: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 391-403). New York, NY: Oxford University Press.

- Sayer, A. A., Syddall, H. E., Martin, H. J., Dennison, E. M., Roberts, H. C., & Cooper, C. (2006). Is grip strength associated with health-related quality of life? Findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age and ageing*, 35(4), 409-415. doi:10.1093/ageing/afl024
- Scherrer, K. S. (2009). Images of sexuality and aging in gerontological literature. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC*, 6, 5-12. doi:10.1525/srsp.2009.6.4.5
- Schillerstrom, J. E., Royall, D. R., & Palmer, R. F. (2008). Depression, Disability and Intermediate Pathways: A Review of Longitudinal Studies in Elders. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(3), 183-197. doi:10.1177/0891988708320971
- Schmader, T., Johns, M., & Forbes, C. (2008). An integrated process model of stereotype threat effects on performance. *Psychological review*, 115(2), 336-356. doi:10.1037/0033-295X.115.2.336
- Schmidt, D. F., & Boland, S. M. (1986). Structure of perceptions of older adults: Evidence for multiple stereotypes. *Psychology and Aging*, 1(3), 255-260. doi:10.1037/0882-7974.1.3.255
- Sclan, S. G., & Reisberg, B. (1992). Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4(3), 55. doi:10.1017/s1041610292001157
- Seangpraw, K., Ratanasiripong, N. T., & Ratanasiripong, P. (2019). Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand. *Journal of Health Research*, 33(6), 450-459. doi:10.1108/JHR-11-2018-0142
- Séneca, L. A. (1884). *Epístolas Morales* (Trad. F. Navarro y Calvo). Madrid, España: Luis Navarro, editor.
- Séneca, L. A. (1986). *Epístolas Morales a Lucilio I* (Trad. I. Roca). Madrid, España: Editorial Gredos.
- Servicio de Investigación Social (2013). *La participación social de las personas mayores en la CAPV. Sistema de indicadores*. Recuperado de [https://www.donostia.eus/info/ciudadano/mayores\\_presentacion.nsf/voWebContentId/DC5D5742B4117C20C1257DE2003539A6/\\$file/participacion-social-mayores.pdf](https://www.donostia.eus/info/ciudadano/mayores_presentacion.nsf/voWebContentId/DC5D5742B4117C20C1257DE2003539A6/$file/participacion-social-mayores.pdf)

- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709. doi:10.1016/0895-4356(89)90065-6
- Shay, J. W., & Wright, W. E. (2019). Telomeres and telomerase: three decades of progress. *Nature Reviews Genetics*, 20, 299-309. doi:10.1038/s41576-019-0099-1
- Sheldrake, A. R. (1974). The ageing, growth and death of cells. *Nature*, 250(5465), 381-385.
- Shih, M. J., Pittinsky, T. L., & Ho, G. C. (2012). Stereotype boost: Positive outcomes from the activation of positive stereotypes. En M. Inzlicht & T. Schmader (Eds.), *Stereotype threat: Theory, process, and application* (pp. 141-156). New York, NY: Oxford University Press.
- Shima, S., Emamian, S., & Sefidchian, A. (2016). Aging Educational Program to Reduce Ageism: Intergenerational Approach. *Elderly Health Journal*, 2(1), 33-38.
- Shin, D. W., Cho, J., Roter, D. L., Kim, S. Y., Park, J. H., Yang, H. K., ... & Park, K. (2018). Patient's cognitive function and attitudes towards family involvement in cancer treatment decision making: A patient-family caregiver dyadic analysis. *Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association*, 50(3), 681-690. doi:10.4143/crt.2017.201
- Shin, D. W., Park, K., Jeong, A., Yang, H. K., Kim, S. Y., Cho, M., & Park, J. H. (2019). Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(3), 459-464. doi:10.1016/j.jgo.2018.09.006
- Shiovitz-Ezra, S., Shemesh, J., & McDonnell/Naughton, M. (2018) Pathways from Ageism to Loneliness. En L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging* (pp. 131-147). Cham, Suiza: Springer. doi:10.1007/978-3-319-73820-8\_9
- Siebert, J. S., Wahl, H. W., & Schröder, J. (2018). The Role of Attitude Toward Own Aging for Fluid and Crystallized Functioning: 12-Year Evidence From the ILSE Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(5), 1-11. doi:10.1093/geronb/gbw050
- Silva, L., Pérez, J. M., Silva, M. C., Junquera, C. R., Rodríguez, L. F., Fernández, N., ... & Torres, J. (2006). *Cuidados Enfermeros en Atención Primaria: Programa de Salud Del Adulto Y El Anciano Ebook* (1<sup>st</sup> ed.). Sevilla, España: Editorial MAD.

- Silva, J. M. E. (2009). Medicine in ancient Mesopotamia. Part 1. *Acta Médica Portuguesa*, 22(6), 841-54.
- Silva, J. M. E. (2010). Medicine in ancient Mesopotamia. Part 2. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 125-40.
- Sindi, S., Juster, R.-P., Wan, N., Nair, N. P. V., Ying Kin, N., & Lupien, S. J. (2012). Depressive symptoms, cortisol, and cognition during human aging: The role of negative aging perceptions. *Stress*, 15(2), 130-137. doi:10.3109/10253890.2011.599047
- Siraisi, N. G. (1994). Vesalius and Human Diversity in *De humani corporis fabrica*. *Journal of the Warburg and Courtauld Institutes*, 57, 60-88. doi:10.2307/751464
- Siriwardhana, D. D., Hardoon, S., Rait, G., Weerasinghe, M. C., & Walters, K. R. (2018). Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 8, e018195. doi:10.1136/bmjopen-2017-018195
- Sitges, E., Bautista, R., & Lorente, R. (2018). Fundamentos Teóricos y de Investigación en Gerontología. En J. Rodríguez & E. Sitges (Coords.), *Cuestiones básicas en gerontología* (pp. 1-47). Universidad Miguel Hernández.
- Skene, D., & Swaab, D. F. (2003). Melatonin rhythmicity: effect of age and Alzheimer's disease. *Experimental Gerontology*, 38(1-2), 199-206. doi:10.1016/s0531-5565(02)00198-5
- Slotman, A., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2015). Validation of the Dutch Aging Perceptions Questionnaire and development of a short version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(54). doi:10.1186/s12955-015-0248-y
- Smilkstein G, Ashworth C, Montano M. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*, 15(2), 303-311.
- Smith, A. E., Sim, J., Scharf, T., & Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing and Society*, 24(5), 793-814. doi:10.1017/s0144686x04002569
- Smuts, J. C. (1926). *Holism and evolution*. Рипол Классик.
- Sobo, E. J., & Loustaunau, M. O. (2010). Reforming Medicine. En E. J. Sobó & M. O. Loustaunau (Eds.), *The Cultural Context of Health, Illness, and Medicine* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 145-167). Santa Barbara, California: Praeger.

- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (n.d.). *Historia de la SEGG*. Recuperado de <https://www.segg.es/institucional/la-segg>
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (5 de Marzo, 2020a). *Diversidad, edadismo, colaboración intergeneracional y soledad no deseada, retos para la Gerontología 2020*. Recuperado de <https://www.segg.es/actualidad-segg/2020/03/05/diversidad-edadismo-colaboracion-intergeneracional-y-soledad-no-deseada>
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (8 de Septiembre, 2020b). *Grupos de Trabajo: Imagen y Envejecimiento*. Recuperado de <https://www.segg.es/participacion/grupos-de-trabajo/imagen-y-envejecimiento>
- Sontag, S. (1979). The double standard of aging. En J. Williams (Ed.), *Psychology of women* (pp. 462-478). San Diego, CA: Academic Press.
- Sotomayor, N., Abascal, P. J., Chicharro, P., & Nieto, C. (2017). Antecedentes y Evolución Histórica. En *Guía de protección jurídica de personas mayores, discapacitados, incapacitados y personas en situaciones especiales* (2<sup>nd</sup> ed., pp- 8-11). Sabadell, España: Midac.
- Sováriová, M. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. *Cent Eur J Nurs Midw*, 7(3), 484-493. doi:10.15452/CEJNM.2016.07.0019
- Sparrow, A. (15 de Marzo, 2020). Coronavirus: UK over-70s to be asked to stay home 'within weeks', Hancock says. *The Guardian*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/15/coronavirus-uk-over-70s-to-be-asked-to-self-isolate-within-weeks-hancock-says>
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, England: NFER-NELSON.
- Spencer, C. (2013). Legal and legislative issues in protecting older adults in the workplace: An international perspective. En P. Brownell & J. J. Kelly (Eds.), *Ageism and mistreatment of older workers* (pp. 145-164). Dordrecht, Países Bajos: Springer.
- Spitzer, N., Segel-Karpas, D., & Palgi, Y. (2019). Close social relationships and loneliness: the role of subjective age. *International Psychogeriatrics*, 1-5. doi:10.1017/s1041610219001790
- Srivastava, K., & Das, R. C. (2013). Personality pathways of successful ageing. *Industrial psychiatry journal*, 22(1), 1-3. doi:10.4103/0972-6748.123584

- Srole, L. (1956). Social integration and certain corollaries: An exploratory study. *American sociological review*, 21(6), 709-716. doi:10.2307/2088422
- Stahnisch, F. W., & Verhoef, M. (2012). The Flexner report of 1910 and its impact on complementary and alternative medicine and psychiatry in North America in the 20th century. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012. doi:10.1155/2012/647896
- Stawski, R. S., Sliwinski, M. J., Almeida, D. M., & Smyth, J. M. (2008). Reported exposure and emotional reactivity to daily stressors: The roles of adult age and global perceived stress. *Psychology and aging*, 23(1), 52-61. doi:10.1037/0882-7974.23.1.52
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 797-811. doi:10.1037/0022-3514.69.5.797
- Steele, C. M. (2010). *Whistling Vivaldi: And other stories of how stereotypes affect us*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Steffen, A. M., Zeiss, A. M., & Karel, M. J. (2014). Interprofessional Geriatric Healthcare: Competencias and Resources for Teamwrk. En N. A. Pachana & K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology* (1<sup>st</sup> ed., pp. 733-752). New York, NY: Oxford University Press.
- Stelmack, R. M., & Stalikas, A. (1991). Galen and the humour theory of temperament. *Personality and Individual Differences*, 12(3), 255-263. doi:10.1016/0191-8869(91)90111-n
- Stephan, Y., Caudroit, J., Jaconelli, A., & Terracciano, A. (2014). Subjective Age and Cognitive Functioning: A 10-Year Prospective Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1180-1187. doi:10.1016/j.jagp.2013.03.007
- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2015). How Old Do You Feel? The Role of Age Discrimination and Biological Aging in Subjective Age. *PLOS ONE*, 10(3), e0119293. doi:10.1371/journal.pone.0119293
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Caudroit, J., & Terracciano, A. (2016). Subjective Age and Changes in Memory in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(4), 675-683. doi:10.1093/geronb/gbv010

- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801. doi:10.1073/pnas.1219686110
- Stevens, B. (2006). Developmental Theories: Is There a Spiritual Phase?. En *Spirituality in Nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 51-70). New York, NY: Springer Publishing Company.
- St. John, P. D., & Hogan, D. B. (2014). The Relevance of Marjory Warren's Writings Today. *The Gerontologist*, 54(1), 21-29. doi:10.1093/geront/gnt053
- Stordal, E., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 132-141. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.02056.x
- Strehler, B. L. (1977). *Time, Cells and Aging* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Academic Press.
- Strickland, C. M., & Patrick, C. J. (2015). Biomedical model. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-3. doi:10.1002/9781118625392.wbecp476
- Stuart-Hamilton, I., & Mahoney, B. (2003). The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educational Gerontology*, 29(3), 251-260. doi:10.1080/713844305
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., & Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*, 342(8878), 1032-1036. doi:10.1016/0140-6736(93)92884-v
- Stuck, A. E., Aronow, H. U., Steiner, A., Alessi, C. A., Büla, C. J., Gold, M. N., ... & Beck, J. C. (1995). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*, 333, 1184-1189. doi:10.1056/NEJM199511023331805
- Stuckelberger, A. (2008). *Anti-Ageing Medicine: Myths and Chances*. vdf Hochschulverlag AG.
- Subbarayappa, B. V. (2001). The roots of ancient medicine: an historical outline. *Journal of Biosciences*, 26, 135-143. doi:10.1007/BF02703637
- Sue, D. W. (2004). Whiteness and ethnocentric monoculturalism: Making the "invisible" visible. *American Psychologist*, 59(8), 761-769. doi:10.1037/0003-066X.59.8.761
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life. Implications for

- clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. doi:10.1037/0003-066x.62.4.271
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender and sexual orientation*. New York, NY: Wiley.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Torino, G. C. (2018). *Microaggression theory: Influence and implications*. New York, NY: Wiley.
- Susser, M., 1972. *Agent, Host and Environment as an ecological system. Causal Thinking in the Health Sciences*. New York, NY: Oxford University Press.
- Svenaesus, F. (2000). The Clinical Encounter. En *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice* (1<sup>st</sup> ed., pp. 11-57). Dordrecht, Netherlands: Springer Netherlands. doi:10.1007/978-94-015-9458-5
- Swaab, D. F., Fliers, E., & Partiman, T. S. (1985). The suprachiasmatic nucleus of the human brain in relation to sex, age and senile dementia. *Brain Research*, 342(1), 37-44. doi:10.1016/0006-8993(85)91350-2
- Swift, J. (2000). *Ideas para sobrevivir a la conjura de los necios*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Swift, H. J., Lamont, R. A., & Abrams, D. (2012). Are they half as strong as they used to be? An experiment testing whether age-related social comparisons impair older people's hand grip strength and persistence. *BMJ open*, 2, e001064. doi:10.1136/bmjopen-2012-001064
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: how ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. doi:10.1111/sipr.12031
- Szilárd, L. (1959). On the nature of the aging process. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 45(1), 30-45. doi:10.1073/pnas.45.1.30
- Taekema, D. G., Gussekloo, J., Maier, A. B., Westendorp, R. G., & de Craen, A. J. (2010). Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old. *Age and ageing*, 39(3), 331-337. doi:10.1093/ageing/afq022

- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En M. J. Hatch & M. Schultz (Eds.), *Organizational Identity* (pp. 56-65). New York, NY: Oxford University Press.
- Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M. T., & García-Navarro, J. A. (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55(4). doi:10.1016/j.regg.2020.04.001
- Teall, E. K. (2014). Medicine and doctoring in ancient mesopotamia. *Grand Valley Journal of History*, 3(1), 1-8.
- Teh, W. L., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Seow, E., Sagayadevan, V., Shafie, S., ... & Subramaniam, M. (2018). Prevalence of stroke, risk factors, disability and care needs in older adults in Singapore: results from the WiSE study. *BMJ open*, 8. doi:10.1136/bmjopen-2017-020285
- The Age Discrimination in Employment Act.* (1967). Recuperado de <https://www.eeoc.gov/statutes/age-discrimination-employment-act-1967>
- The World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
- The World Health Organization Quality of Life Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. doi:10.1017/s0033291798006667
- Thornton, J. E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312. doi:10.1080/036012702753590415
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 119-126. doi:10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x
- Toledo-Pereyra, L. H. (2008). De Humani Corporis Fabrica Surgical Revolution. *Journal of Investigative Surgery*, 21(5), 232-236. doi:10.1080/08941930802330830
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendnc: A reformulation of the disengagement theory. *Aging Clinical and Experimental Research*, 1, 55-63. doi:10.1007/bf03323876

- Tornstam, L. (1994). Gero-Transcendence: A Theoretical and Empirical Exploration. En L. E. Thomas & S. A. Eisenhandler (Eds.), *Aging and the Religious Dimension* (pp. 203-226). Greenwood Publishing Group.
- Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 593-600. doi:10.1016/0021-9681(87)90019-1
- Totten, A., Carson, S., Peterson, K., Low, A., Christensen, V., & Tiwari, A. (2012). Evidence brief: effect of geriatricians on outcomes of inpatient and outpatient care. En *VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs (US).
- Traeen, B., Štulhofer, A., Jurin, T., & Hald, G. M. (2018). Seventy-five years old and still going strong: Stability and change in sexual interest and sexual enjoyment in elderly men and women across Europe. *International Journal of Sexual Health*, 30(4), 323-336. doi:10.1080/19317611.2018.1472704
- Tratado de Amsterdam*. (2 de Octubre, 1997). Recuperado de <https://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf>
- Trejo-Maturana, C. (2001). El viejo en la historia. *Acta bioethica*, 7(1), 107-119. doi:10.4067/S1726-569X2001000100008
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia clínica*, 72(1), 11-16.
- Tucker, M. A., Davison, J. G., & Ogle, S. J. (1984). Day hospital rehabilitation--effectiveness and cost in the elderly: a randomised controlled trial. *BMJ*, 289, 1209-1212. doi:10.1136/bmj.289.6453.1209
- Tuckman, J., Lorge, I. (1953). Attitudes toward old people. *J Social Psychol.* 37(2), 249-260. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1290549915/fulltextPDF/B50EF37ACCCF46F0PQ/1?accountid=14474>.
- Tuckman, J., & Lorge, I. (1954). The Influence of Changed Directions on Stereotypes About Ageing; Before and After Instruction. *Educational and Psychological Measurement*, 14(1), 128-132. doi:10.1177/001316445401400111
- Turner, R. N., & Crisp, R. J. (2010). Imagining intergroup contact reduces implicit prejudice. *British Journal of Social Psychology*, 49(1), 129-142. doi:10.1348/014466609X419901

- Turusheva, A., Frolova, E., & Degryse, J. M. (2017). Age-related normative values for handgrip strength and grip strength's usefulness as a predictor of mortality and both cognitive and physical decline in older adults in northwest Russia. *Journal of musculoskeletal & neuronal interactions*, 17(1), 417-432.
- Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España. (2019). *Informe Mayores UDP – Barómetro UDP: Informe sobre Edadismo*. Recuperado de [https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2019/09/19100-19038-UDP-BM-INF-5-JUN\\_Edadismo-1.pdf](https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2019/09/19100-19038-UDP-BM-INF-5-JUN_Edadismo-1.pdf)
- Utz, R. L., Carr, D., Nesse, R., & Wortman, C. B. (2002). The Effect of Widowhood on Older Adults' Social Participation. *The Gerontologist*, 42(4), 522-533. doi:10.1093/geront/42.4.522
- Valle, M. (2014). *Manual CTO. Enfermería Geriátrica* (6<sup>th</sup> ed.). Madrid, España: Grupo CTO.
- Van Baarsen, B., Snijders, T. A., Smit, J. H., & Knipscheer, K. P. M. (1999). Do personal conditions and circumstances surrounding partner loss explain loneliness in newly bereaved older adults? *Ageing and Society*, 19(4), 441-469. doi:10.1017/S0144686X9900745X
- Van Dalen, H. P., Henkens, K., & Schippers, J. (2010). Productivity of Older Workers: Perceptions of Employers and Employees. *Population and Development Review*, 36(2), 309-330. doi:10.1111/j.1728-4457.2010.00331.x
- Van der Elst, E., Deschodt, M., Welsch, M., Milisen, K., & de Casterlé, B. D. (2014). Internal consistency and construct validity assessment of a revised Facts on Aging Quiz for Flemish nursing students: an exploratory study. *BMC Geriatrics*, 14(128). doi:10.1186/1471-2318-14-128
- VanderWalde, N. A., Deal, A. M., Comitz, E., Stravers, L., Muss, H., Reeve, B. B., ... & Chera, B. (2017). Geriatric Assessment as a Predictor of Tolerance, Quality of Life, and Outcomes in Older Patients With Head and Neck Cancers and Lung Cancers Receiving Radiation Therapy. *International Journal of Radiation Oncology\*Biophysics*, 98(4), 850-857. doi:10.1016/j.ijrobp.2016.11.048
- Van Weel, C. (1993). Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and Rehabilitation*, 15(2), 96-101. doi:10.3109/09638289309165878

- Varghese, M., & Muliyala, K. (2010). The complex relationship between depression and dementia. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 13(6), 69-73. doi:10.4103/0972-2327.74248
- Vega-Alonso, T. V., Miralles-Espí, M. M., Mangas-Reina, J. M., Castrillejo-Pérez, D. C., Rivas-Pérez, A. R., Gil-Costa, M. G., ... & Fragua-Gil, M. F. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), 491-498. doi:10.1016/j.nrl.2016.10.002
- Vélez-Ortiz, D., Cross, S. L., & Day, A. (2012). Insightful learning of life's lessons with older adult guests in the classroom. *Educational Gerontology*, 38(12), 854-866. doi:10.1080/03601277.2012.660844
- Vermeiren, S., Vella-Azzopardi, R., Beckwée, D., Habbig, A.-K., Scafoglieri, A., Jansen, B., ... & Jansen, B. (2016). Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1163.e1-1163.e17. doi:10.1016/j.jamda.2016.09.010
- Vicente F. (1999). *Construcción Psicológica de la Identidad Regional. Tópicos y Estereotipos en el Proceso de Socialización: el referente a Extremadura*. Badajoz, España: Diputación Provincial de Badajoz.
- Vinyoles, E., Domènech, J. V., Pallàs, J., Boquet, J. E., Pueyo, T., & Limón-Ramírez, E. (2002). Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención primaria*, 30(1), 5-13. doi:10.1016/S0212-6567(02)78956-7
- Villar, F. (1997). Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del envejecimiento). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 13(1), 31-37.
- Villar, F. & Triadó, C. (2000). Conocimiento sobre el Envejecimiento: Adaptación del FAQ (Facts on aging Quiz) y Evaluación en diferentes cohortes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 523-534.
- Viña, J., Borrás, C., & Miquel, J. (2008). Theories of ageing. *IUBMB Life*, 59(4-5), 249-254. doi:10.1080/15216540601178067
- Viña, J., & Borrás, C. (2020). Teorías y modelos del envejecimiento. En P. Abizanda & L. Rodríguez (Eds.), *Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos de la Atención Sanitaria a los Mayores* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 217-224). Barcelona, España: Elsevier.

- Vitman, A., Iecovich, E., & Alfasi, N. (2014). Ageism and Social Integration of Older Adults in Their Neighborhoods in Israel. *The Gerontologist*, 54(2), 177-189. doi:10.1093/geront/gnt008
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?. *Bmj*, 329, 1398-1401. doi:10.1136/bmj.329.7479.1398
- Wade, D. T. (2009, September). Holistic health care—what is it, and how can we achieve it?. En *Nuffield Orthopaedic Centre's Annual General Meeting*. Oxford, UK. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/80af/edfca2ffe3c96054aac6a85cf940a9c63a56.pdf>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004. doi:10.1177/0269215517709890
- Wadensten, B. (2007). The theory of gerotranscendence as applied to gerontological nursing - Part I. *International Journal of Older People Nursing*, 2(4), 289-294. doi:10.1111/j.1748-3743.2007.00085.x
- Walford, R. L. (1964). The Immunologic Theory of Aging. *The Gerontologist*, 4(4), 195-197. doi:10.1093/geront/4.4.195
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121-139. doi:10.1111/1468-246x.00118
- Wallis, F. (2010). Healers and Healing. En F. Wallis (Ed.), *Medieval Medicine: a Reader* (pp. 1-22). Ontario, Canada: University of Toronto Press.
- Wang, J., Wong, Y. K., & Liao, F. (2018). What has traditional Chinese medicine delivered for modern medicine?. *Expert Reviews in Molecular Medicine*, 20(e4), 1-9. doi:10.1017/erm.2018.3
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- Warren, M. W. (1946). Care of the chronic aged sick. *The Lancet*, 247(6406), 841-843. doi:10.1016/s0140-6736(46)91633-9
- Weil, J. (2017). Gerontological Theoretical Approaches. En *Research Design in Aging and Social Gerontology: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods* (pp.34-45). New York, NY: Taylor & Francis.
- Weismann, A. (1882). *Ueber die Dauer des Lebens*. G. Fischer.

- Welsh, T. J., Gordon, A. L., & Gladman, J. R. (2013). Comprehensive geriatric assessment - a guide for the non-specialist. *International Journal of Clinical Practice*, 68(3), 290-293. doi:10.1111/ijcp.12313
- Wethington E, Pillemer K, & Principi A. (2016). Research in social gerontology: social exclusion of aging adults. En P. Riva & J. Eck (Eds.), *Social Exclusion* (pp. 177-195). Cham, Suiza: Springer.
- Widick, C., Parker, C. A., & Knepfelkamp, L. (1978). Erik Erikson and psychosocial development. *New Directions for Student Services*, 1978(4), 1-17. doi:10.1002/ss.37119780403
- Wieland, D., Kramer, B. J., Waite, M. S., & Rubenstein, L. Z. (1996). The Interdisciplinary Team in Geriatric Care. *American Behavioral Scientist*, 39(6), 655-664. doi:10.1177/0002764296039006003
- Wild, K. (2014). Nursing: Past, Present and Future. En I. Peate & K. Wild (Eds.), *Nursing Practice. Knowledge and Care* (1<sup>st</sup> ed., pp. 1-91). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Willard, M., & Crandall, J. (2016). Intergenerational service-learning to combat ageism in exercise science students. *Kentucky Association of Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 53(2), 55-62.
- Wilson, D. M., Errasti-Ibarrondo, B., & Low, G. (2019). Where are we now in relation to determining the prevalence of ageism in this era of escalating population ageing? *Ageing Research Reviews*, 51, 78-84. doi:10.1016/j.arr.2019.03.001
- Wolff, J. K., Schüz, B., Ziegelmann, J. P., Warner, L. M., & Wurm, S. (2017). Short-Term Buffers, but Long-Term Suffers? Differential Effects of Negative Self-Perceptions of Aging Following Serious Health Events. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(3), 1-7. doi:10.1093/geronb/gbv058
- Wurm, S., Tesch-Romer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal Findings on Aging-Related Cognitions, Control Beliefs, and Health in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(3), P156-P164. doi:10.1093/geronb/62.3.p156
- Wurm, S., & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health*, 29(7), 832-848. doi:10.1080/08870446.2014.891737

- Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., & Parag, O. (2019). Ageism in informal care network members of older women. *International psychogeriatrics*, 31(10), 1463-1472. doi:10.1017/S1041610218001977
- Xue, Q. L., Walston, J. D., Fried, L. P., & Beamer, B. A. (2011). Prediction of risk of falling, physical disability, and frailty by rate of decline in grip strength: the women's health and aging study. *Archives of Internal Medicine*, 171(12), 1119-1121. doi:10.1001/archinternmed.2011.252
- Xue, Q. L. (2011). The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(1), 1-15. doi:10.1016/j.cger.2010.08.009
- Yanguas, J. J. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(Supplement\_3), 54-66.
- Yates, J. W., Thein, M., & Ershler, W. B. (2012). Opinion on opinions about geriatric assessment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), 273-277. doi:10.1016/j.archger.2011.07.007
- Ye, Y., & Ward, K. E. (2010). The Depiction of Illness and Related Matters in Two Top-Ranked Primetime Network Medical Dramas in the United States: A Content Analysis. *Journal of Health Communication*, 15(5), 555-570. doi:10.1080/10810730.2010.492564
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Yeung, D. (2019). Consequences of age discrimination in the workplace. *Innovation in Aging*, 3(Supplement\_1), S130-S130. doi:10.1093/geroni/igz038.473
- Young, J., & Forster, A. (1993). Day hospital and home physiotherapy for stroke patients: a comparative cost-effectiveness study. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 27(3), 252-258.
- Yu, C. Y., & Chen, K. M. (2012). Experiencing simulated aging improves knowledge of and attitudes toward aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 957-961. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03950.x
- Zahartzaróa. (2018). *Zahartzaróa. Quiénes somos*. Recuperado de <https://zahartzaróa.org/index.php/es/quienes-somos>

- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zetterberg, H., Bath, M., Zetterberg, M., Bernhardt, P., & Hammarsten, O. (2009). The Szilard Hypothesis on the Nature of Aging Revisited. *Genetics*, 182(1), 3-9. doi:10.1534/genetics.109.103341
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3
- Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008
- Žuškin, E., Lipozenčić, J., Pucarín-Cvetković, J., Mustajbegović, J., Schachter, N., Mučić-Pučić, B., & Neralić-Meniga, I. (2008). Ancient medicine-a review. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 16(3), 149-157.

## **6. ANEXOS**



**Anexo 1.** Atributos negativos y potencial positivo (AN-PP) adaptada al castellano. Fte.: Elaboración propia a partir de Castellano y de Miguel (2010).

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1. Muchos ancianos son inflexibles e incapaces de cambiar				
2. Muchos ancianos no están aislados				
3. Las personas mayores tienen tendencia a quejarse				
4. Las personas mayores pueden aprender cosas nuevas de la misma manera que pueden hacerlo las personas jóvenes				
5. Las personas llegan a ser más sabias con la llegada de la vejez				
6. Los ancianos a menudo están en contra de las reformas que necesita nuestra sociedad porque se aferran al pasado				
7. En nuestro país, muchos ancianos tienen buena salud				
8. Muchos ancianos pasan demasiado tiempo entrometiéndose en los asuntos de los demás				
9. En muchos trabajos, los ancianos pueden rendir tan bien como los jóvenes				
10. Las personas mayores son tratadas a menudo como niños más que como adultos que pueden tomar sus propias decisiones				
11. Muchos ancianos no pueden encontrar un trabajo aunque quieren trabajar				
12. Muchos ancianos pueden hacer un trabajo tan bien como las personas jóvenes pero no se les da la oportunidad para mostrar lo que pueden hacer				
13. Los ancianos son valiosos por sus experiencias				
14. Los ancianos no son muy útiles ni para ellos mismos ni para otros				

**Anexo 2.** Attitudes toward aging (AE) adaptada al castellano. Fte.: Elaboración propia a partir de Castellano y de Miguel (2010).

	I	II	III	IV	V	VI	VII
1. Muchas personas ancianas son capaces de realizar nuevos ajustes si así lo requiere la situación							
2. Los ancianos tienen la oportunidad de hacer todas las cosas que quieren hacer							
3. Es triste que los niños tengan que crecer en este mundo viendo lo que va a ocurrir en el futuro							
4. Los ancianos hablan frecuentemente de sí mismos							
5. Los trabajadores ancianos sienten recelo de otros trabajadores							
6. El futuro parece claro para los niños de hoy							
7. Los ancianos generalmente se quedan en su casa							
8. Es inútil escribir a los funcionarios públicos porque tus problemas no les interesan							
9. Probablemente sería mejor que muchas personas ancianas vivieran en residencias con personas de su misma edad							
10. Una de las cualidades más interesantes de los ancianos son sus relatos de experiencias pasadas							
11. Los trabajadores ancianos sólo se interesan por cumplir con su horario							
12. Las personas mayores tienen un gran interés en la política							
13. Los ancianos aman la vida							
14. Los ancianos prefieren leer periódicos que libros							
15. Las personas se vuelven sabias cuando llega la vejez							
16. El gobierno debería cuidar de los ancianos							
17. Los ancianos fracasan en las emergencias							
18. Los ancianos están solos							
19. Siempre se puede encontrar algo que haga que merezca vivir la vida							
20. Los ancianos sienten que sus hijos les desatienden							
21. Los ancianos se agarran a sus opiniones							
22. En estos días, uno no sabe con quién puede contar							
23. Uno puede estar seguro de encontrar un barrio residencial agradable donde viva un número considerable de ancianos							
24. Los ancianos se preocupan por la seguridad económica							
25. Los ancianos son buenos con los niños							
26. A pesar de lo que dice la gente, la vida de una persona corriente está empeorando							
27. Muchos ancianos deberían preocuparse más por su apariencia personal; son demasiado desaliñados							
28. En muchos casos, es muy relajante estar con un anciano							
29. Los ancianos normalmente tienen el apoyo de sus hijos o de pensiones de vejez							
30. Se puede confiar en muchos ancianos							
31. Los trabajadores ancianos tienen el trabajo de los trabajadores jóvenes							
32. Los trabajadores ancianos hacen amigos fácilmente							
33. Los trabajadores ancianos impiden que las personas más jóvenes sigan adelante							
34. Los ancianos tienen en cuenta el futuro tanto como cualquier otra persona							
35. Los ancianos tienen demasiado poder en los negocios y en la política							
36. La vida de muchas personas será mejor en los próximos años							
37. Los trabajadores ancianos toman las críticas con ira							
38. Muchas personas ancianas intentan no ser una carga económica para sus hijos							
39. Los ancianos caminan despacio							
40. Los ancianos esperan que sus hijos les mantengan							
41. Los trabajadores ancianos aumentan los costes de las pensiones para los empresarios							
42. Los ancianos prefieren vivir solos							

**Anexo 3.** Facts on aging quiz (FAQ) adaptada al castellano. Fte.: Elaboración propia a partir de Villar & Triado (2000).

	VERDADERO	FALSO	NO LO SE
1. La mayoría de personas de 65 años son seniles (tienen mala memoria, están desorientados o dementes)			
2. En la vejez los 5 sentidos (vista, oído, gusto, tacto y olfato) tienen a debilitarse			
3. La mayoría de viejos no tienen interés ni capacidad para mantener relaciones sexuales			
4. La capacidad pulmonar tiende a declinar en la vejez			
5. La mayoría de personas mayores se sienten desgraciados la mayor parte del tiempo			
6. En la vejez la fuerza física tiende a declinar			
7. Como mínimo un 10% de los mayores de 65 años están institucionalizados (viven en sitios como hospitales, asilos, residencias de ancianos, psiquiátricos, etc.)			
8. Los conductores mayores de 65 años tienen proporcionalmente menos accidentes que los menores de 65 años			
9. Habitualmente los trabajadores más mayores no trabajan de manera tan eficaz como los jóvenes			
10. Más de tres cuartas partes de los viejos tienen una salud lo suficientemente buena como para llevar a cabo sus actividades cotidianas normales			
11. La mayoría de viejos son incapaces de adaptarse a los cambios			
12. Habitualmente los viejos tardan más tiempo en aprender algo nuevo			
13. Es casi imposible para la persona anciana media aprender algo nuevo			
14. Las personas mayores tienden a reaccionar más lentamente que los jóvenes			
15. En general, todas las personas mayores tienden a ser bastante semejantes			
16. La mayoría de personas mayores manifiestan que casi nunca se aburren			
17. La mayoría de personas mayores están aisladas socialmente			
18. Los trabajadores mayores tienen menos accidentes laborales que los trabajadores jóvenes			
19. Más de un 20% de la población actualmente tiene 65 años o más			
20. Entre los mayores de 65 años hay casi igual número de viudos que de viudas			
21. La mayoría de viejos tiene ingresos que se encuentran por debajo del umbral de la pobreza			
22. En proporción, los mayores de 65 años son más veces víctimas de delitos que los jóvenes			
23. Los viejos tienden a ser cada vez más religiosos con el paso de los años			
24. La mayoría de personas mayores manifiesta que muy raramente están enfadados o irritables			

**Anexo 4.** Image of aging scale (IAS) adaptada al castellano. Fte.: Elaboración propia a partir de Fernández-Ballesteros et al. (2017).

	0	1	2	3	4	5	6
<b>Voluntad de vivir</b>							
<b>Capaz</b>							
<b>Activo</b>							
<b>Perspectiva positiva</b>							
<b>Lleno de vida</b>							
<b>Aseado</b>							
<b>Saludable</b>							
<b>Sabio</b>							
<b>Lento</b>							
<b>Indefenso</b>							
<b>Solitario</b>							
<b>Gruñón</b>							
<b>Enfermo</b>							
<b>Senil</b>							
<b>Entregado</b>							
<b>Muriendo</b>							

**Anexo 5.** Expectations regarding aging (ERA-12). Fte.: Elaboración propia a partir de Sarkisian et al. (2005b).

	DEFINITELY TRUE	SOMEWHAT TRUE	SOMEWHAT FALSE	DEFINITELY FALSE
1. When people get older, they need to lower their expectations of how healthy they can be				
2. Having more aches and pains is an accepted part of aging				
3. The human body is like a car: When it gets old, it gets worn out				
4. Every year that people age, their energy levels go down a little more				
5. I expect that as I get older I will spend less time with friends and family				
6. Being lonely is just something that happens when people get old				
7. As people get older they worry more				
8. It's normal to be depressed when you are old				
9. I expect that as I get older I will become more forgetful				
10. It's an accepted part of aging to have trouble remembering names				
11. Forgetfulness is a natural occurrence just from growing old				
12. It is impossible to escape the mental slowness that happens with aging				

**Anexo 6.** Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez. Fte.: Elaboración propia a partir de Sánchez (2004).

	MUY EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”				
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
13. El deterioro cognitivo ( pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochearn”				

**Anexo 7.** Diferencial semántico del envejecimiento (DSE). Fte.: Elaboración propia a partir de Villar (1997).

	1	2	3	4	5	6	7	
1. Malo								Bueno
2. Penoso								Grato
3. Feo								Bonito
4. Negativo								Positivo
5. Inoportuno								Oportuno
6. Desagradable								Agradable
7. Resignado								Esperanzado
8. Pesimista								Optimista
9. Enfermo								Sano
10. Débil								Fuerte
11. Pasivo								Activo
12. Inútil								Útil
13. Aburrido								Emocionante
14. Improductivo								Productivo
15. Hostil								Amistoso
16. Intolerante								Tolerante
17. Triste								Alegre
18. Conservador								Progresista

**Anexo 8.** Escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV). Fte.:  
Elaboración propia a partir de de Miguel & Castellano (2012).

	1	2	3	4	5	6	7	
1. Triste								Alegre
2. Inútil								Útil
3. Intratable								Amistoso
4. Aburrido								Entretenido
5. Egoísta								Generoso
6. Inestable								Estable
7. Negativo								Positivo
8. Desadaptado								Adaptado
9. Ateo								Creyente
10. Débil								Fuerte
11. Lento								Rápido
12. Desafortunado								Afortunado
13. Conservador								Progresista
14. Insoportable								Soportable
15. Pasivo								Activo
16. Infravalorado								Valorado
17. Antiguo								Moderno
18. Enfermo								Sano
19. Solitario								Sociable
20. Insensible								Sensible
21. Improductivo								Productivo
22. Feo								Guapo
23. Despreciado								Respetado
24. Insignificante								Importante
25. Fatigado								Descansado
26. Anodino								Atractivo
27. Inflexible								Flexible
28. Inoportuno								Oportuno
29. Intolerante								Tolerante
30. Pesimista								Optimista
31. Desaliñado								Arreglado
32. Intranquilo								Tranquilo
33. Insatisfecho								Satisfecho
34. Indiferente								Interesado
35. Desilusionado								Ilusionado
36. Desagradable								Agradable
37. Despreciable								Admirable
38. Irresponsable								Responsable
39. Impulsivo								Reflexivo
40. Complicado								Sencillo
41. Imprudente								Prudente
42. Incompetente								Eficiente

**Anexo 9.** Cuestionario de conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento (CONDOC-ENV). Fte.: Elaboración propia a partir de Castellano & de Miguel (2011).

	NUNCA	A VECES	FRECIENTEMENTE	SIEMPRE
1. Cuando voy al centro de salud me atienden correctamente				
2. Cuando cojo el transporte público los pasajeros me ceden su sitio				
3. Cuando voy a realizar alguna compra me atienden correctamente				
4. Cuando me olvido de algo los demás le quitan importancia				
5. Cuando cambio mi aspecto físico hacia lo moderno los demás lo aprueban				
6. Los jóvenes tienden a tener poca paciencia conmigo				
7. Cuando voy al banco el empleado me trata como una persona ignorante				
8. Cuando me relaciono con mi familia me critican que opine sobre los asuntos familiares				
9. Cuando voy al centro de salud me atienden como a un paciente más				
10. A la hora de relacionarme con personas más jóvenes que yo su trato me resulta irrespetuoso				
11. Cuando cojo el transporte público el conductor espera a que me siente				
12. Cuando se me cae algo al suelo los demás evitan que pueda volver a ocurrirme				
13. A la hora de relacionarme con personas más jóvenes que yo su trato me resulta agradable y respetuoso				
14. Cuando cojo el transporte público los demás no me ceden el sitio y tengo que permanecer de pie				
15. Cuando me apunto a actividades de ocio los demás se alegran por mí				
16. Cuando voy al Banco me tratan de la misma manera que a los demás usuarios				
17. Los demás me hablan en un tono pausado, igual que a un niño pequeño				
18. Cuando me olvido de algo los demás piensan que tengo “achaques”				
19. Cuando cambio mi aspecto físico hacia lo moderno los demás me critican				
20. Cuando voy al banco el empleado me ayuda en mis gestiones				
21. Cuando voy al centro de salud me dejan para el final y me atienden rápido y mal				
22. Cuando me apunto a actividades de ocio me critican por despilfarrar el dinero				
23. Cuando voy de compras el dependiente me persigue haciéndome sentir incómodo/a				
24. Los demás se dirigen a mí con un tono de voz muy elevado				
25. Cuando me olvido de algo, los que me rodean son comprensivos conmigo y me ayudan a recordar				
26. Cuando cojo el transporte público los demás evitan sentarse a mi lado				
27. Cuando me relaciono con mi familia me dejan al margen de las cuestiones familiares				
28. Cuando se me cae algo al suelo me regañan por mi torpeza				
29. Cuando me relaciono con mi familia tienen en cuenta mis opiniones y sugerencias				
30. Cuando enviadas, las parejas casadas dejan de salir contigo				
31. Cuando voy de compras el dependiente me evita ignora con el fin de no atenderme				

**Anexo 10.** Kogan's attitudes towards older people scale (KAOP). Fte.: Elaboración propia a partir de Kogan (1961).

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	UN POCO EN DESACUERDO	UN POCO DE ACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. Probablemente sería mucho mejor si los adultos mayores vivieran en unidades residenciales con gente de su misma edad						
2. Probablemente sería mejor si la mayoría de adultos mayores vivieran en unidades residenciales con gente más joven						
3. Hay algo diferente acerca del adulto mayor; es difícil saber lo que les molesta mucho						
4. La mayoría de adultos mayores realmente no son diferente de los demás; así como las personas más jóvenes, ellos son fáciles de entender						
5. La mayoría de los adultos mayores establece sus formas de ser y/o actuar que les es difícil de cambiar						
6. La mayoría de adultos mayores son capaces de nuevas adaptaciones cuando cierta situación la requiera						
7. La mayoría de adultos mayores prefieren jubilarse tan pronto como sus pensiones o sus hijos puedan mantenerlos						
8. La mayoría de adultos mayores prefieren continuar trabajando siempre y cuando ellos puedan hacerlo antes que estar dependiendo de alguien más						
9. La mayoría de adultos mayores tienden a tener sus hogares en un aspecto desaseado e inatractivo						
10. Generalmente se puede confiar en que la mayoría de adultos mayores pueden mantener un hogar limpio y atractivo						
11. Es tonto pensar que sabiduría viene con la edad						
12. La gente se vuelve más sabia con la venida de los años						
13. Los adultos mayores tienen mucho poder en los negocios y la política						
14. Los adultos mayores deberían tener mas poder en los negocios y la política						
15. La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta incómodo						
16. La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta relajado al estar con ellos						
17. La mayoría de adultos mayores aburren a otros al insistir en querer hablar acerca de los "viejos tiempos"						
18. Una de las cualidades más interesantes y entretenidas de la mayoría de adultos mayores es el contar sus experiencias pasadas						
19. La mayoría de adultos mayores pasan mucho tiempo metiéndose en los asuntos de otros y dando consejos a quienes no se los han pedido						
20. La mayoría de adultos mayores tienden a guardárselos y a dar consejos solo cuando se los piden						
21. Si los adultos mayores quieren caerle bien a otras personas, su primer paso debería ser el deshacerse de sus defectos irritantes						
22. Si piensas un poco, los adultos mayores tienen los mismos defectos que cualquier otra persona						
23. A fin de tener una vecindad residencial agradable, sería mejor no tener muchos adultos mayores viviendo allí						
24. Tú puedes contar con una vecindad residencial agradable cuando hay un número considerable de adultos mayores viviendo allí						
25. Hay algunas excepciones; pero en general la mayoría de adultos mayores son muy parecidos						
26. Es evidente que la mayoría de adultos mayores son muy diferentes el uno del otro						
27. La mayoría de adultos mayores deberían preocuparse más de su apariencia personal; ellos son muy desordenados						
28. La mayoría de adultos mayores parecen bastante limpios y ordenados en su apariencia personal						
29. La mayoría de adultos mayores son irritables, mal humorados y desagradables						
30. La mayoría de adultos mayores son alegres, agradables y de buen humor						
31. La mayoría de adultos mayores constantemente se quejan del comportamiento de la generación juvenil						
32. Uno casi nunca escucha los adultos mayores quejarse acerca del comportamiento de la generación juvenil						
33. La mayoría de adultos mayores hacen excesivas demandas por amor y seguridad más que cualquier otra persona						
34. La mayoría de adultos mayores no necesitan amor y seguridad más que cualquier otra persona						

**Anexo 11.** Fraboni scale of ageism (FSA). Fte.: Elaboración propia a partir de Fraboni (1990).

	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	UNANSWERED	AGREE	STRONGLY AGREE
1. Teenage suicide is more tragic than suicide among the old					
2. There should be special clubs set aside within sports facilities so that old people can compete at their own level					
3. Many old people are stingy and hoard their money and possessions					
4. Many old people are not interested in making new friends preferring instead the circle of friends they have had for years					
5. Many old people just live in the past					
6. I sometimes avoid eye contact with old people when I see them					
7. I don't like it when old people try to make conversation with me					
8. Old people deserve the same rights and freedoms as do other members of our society					
9. Complex and interesting conversation cannot be expected from most old people					
10. Feeling depressed when around old people is probably a common feeling					
11. Old people should find friends their own age					
12. Old people should feel welcome at the social gatherings of young people					
13. I would prefer not to go to an open house at a senior's club, if invited					
14. Old people can be very creative					
15. I personally would not want to spend much time with an old person					
16. Most old people should not be allowed to renew their driver's licenses					
17. Old people don't really need to use our community sports facilities					
18. Most old people should not be trusted to take care of infants					
19. Many old people are happiest when they are with people their own age					
20. It is best that old people live where they won't bother anyone					
21. The company of most old people is quite enjoyable					
22. It is sad to hear about the plight of the old in our society these days					
23. Old people should be encouraged to speak out politically					
24. Most old people are interesting, individualistic people					
25. Most old people would be considered to have poor personal hygiene					
26. I would prefer not to live with an old person					
27. Most old people can be intimidating because they tell the same stories over and over					
28. Old people complain more than other people do					
29. Old people do not need much money to meet their needs					

**Anexo 12.** Ageism survey. Fte.: Elaboración propia a partir de Palmore (2001).

	NEVER	ONCE	MORE THAN ONCE
1. Told a joke that pokes fun			
2. Sent a birthday card that pokes fun			
3. Ignored or not taken seriously			
4. Called an insulting name			
5. Patronized or “talked down to”			
6. Refused rental housing			
7. Difficulty getting a loan			
8. Denied a position of leadership			
9. Rejected as unattractive			
10. Treated with less dignity and respect			
11. Waiter or waitress ignored			
12. Doctor or nurse assumed ailments caused by age			
13. Denied medical treatment			
14. Denied employment			
15. Denied promotion			
16. Assumed I could not hear well			
17. Assumed I could not understand			
18. Told me, “You’re too old for that”			
19. House vandalized			
20. Victimized by a criminal			

**Anexo 13.** Attitudes to aging questionnaire (AAQ). Fte.: Elaboración propia a partir de Laidlaw et al. (2007).

	NOT AT ALL TRUE	SLIGHTLY	MODERATELY TRUE	VERY TRUE	EXTREMELY TRUE
<b>SCALE 1: PSYCHOSOCIAL LOSS</b>					
Old age is a time of loneliness					
Old age is a depressing time of life					
I find it more difficult to talk about my feelings as I get older					
I see old age mainly as a time of loss					
I am losing my physical independence as I get older					
As I get older I find it more difficult to make new friends					
I don't feel involved in society now that I am older					
I feel excluded from things because of my age					
<b>SCALE 2: PHYSICAL CHANGE</b>					
It is important to take exercise at any age					
Growing older has been easier than I thought					
I don't feel old					
My identity is not defined by my age					
I have more energy now than I expected for my age					
Problems with my physical health do not hold me back from doing what I want					
My health is better than I expected for my age					
I keep as fit and active as possible by exercising					
<b>SCALE 3: PSYCHOLOGICAL GROWTH</b>					
As people get older they are better able to cope with life					
It is a privilege to grow old					
Wisdom comes with age					
There are many pleasant things about growing older					
I am more accepting of myself as I have grown older					
It is very important to pass on the benefits of my experiences to younger people					
I believe my life has made a difference					
I want to give a good example to younger people					

**Anexo 14.** Aging perceptions questionnaire (APQ). Fte.: Elaboración propia a partir de Barker et al. (2007).

	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
1. I am conscious of getting older all of the time					
2. I am always aware of my age					
3. I always classify myself as old					
4. I am always aware of the fact that I am getting older					
5. I feel my age in everything that I do					
6. As I get older I get wiser					
7. As I get older I continue to grow as a person					
8. As I get older I appreciate things more					
9. I get depressed when I think about how ageing might affect the things that I can do					
10. The quality of my social life in later years depends on me					
11. The quality of my relationships with others in later life depends on me					
12. Whether I continue living life to the full depends on me					
13. I get depressed when I think about the effect that getting older might have on my social life					
14. As I get older there is much I can do to maintain my independence					
15. Whether getting older has positive sides to it depends on me					
16. Getting older restricts the things that I can do					
17. Getting older makes me less independent					
18. Getting older makes everything a lot harder for me					
19. As I get older I can take part in fewer activities					
20. As I get older I do not cope as well with problems that arise					
21. Slowing down with age is not something I can control					
22. How mobile I am in later life is not up to me					
23. I have no control over whether I lose vitality or zest for life as I age					
24. I have no control over the effects which getting older has on my social life					
25. I get depressed when I think about getting older					
26. I worry about the effects that getting older may have on my relationships with others					
27. I go through cycles in which my experience of ageing gets better and worse					
28. My awareness of getting older comes and goes in cycles					
29. I feel angry when I think about getting older					
30. I go through phases of feeling old					
31. My awareness of getting older changes a great deal from day to day					
32. I go through phases of viewing myself as being old					

**Anexo 15. Intervenciones basada en sesiones/cursos informativos (I) combinadas o no con exposición indirecta (E), directa (EE) o actividades recreativas (C) para mejorar la percepción del envejecimiento.**

<i>Autor (año)</i>	<i>Muestra (N)</i>	<i>Grupo experimental (I/E/EE)<sup>a</sup></i>	<i>Temática<sup>b</sup></i>	<i>Herramientas<sup>c</sup></i>	<i>Grupo Control (sí/no)</i>	<i>FOLLOW-UP (si/no)</i>	<i>Resultados</i>
Angiullo, Whitbourne, & Powers (1996)	451 alumnos/as de Psicología, $m_{\text{edad}} = 21$ , 100% mujeres, POST = 5 semanas.	I <sub>c</sub> o I <sub>c</sub> + EE	Know, OA	FAQ; ASD	Sí (asisten a otra clase)	Sí (6 meses después del PRE)	-No diferencias entre grupos experimentales. -Mejora significativa en actitudes y conocimientos (POST). -No diferencias significativas entre el POST y el FOLLOW-UP.
Beling (2003)	40 graduados en Terapia Física, $m_{\text{edad}} = 29,6$ , 70% mujeres, POST = 6 meses.	I <sub>c</sub> + EE	Know	FAQ	Sí (participan en otra asignatura)	No	-Mejora significativa en el conocimiento del envejecimiento en el grupo experimental.
Blanco-Molina & Pizano-Hernandis (2016)	187 estudiantes de Ciencias Sociales y Psicología, $m_{\text{edad}} = 21,8$ , 76% mujeres, POST = inmediatamente.	I <sub>i</sub> + E (1 sesión)	Know, OA	CENVE; DSE	No	No	-Reducción del número de estereotipos negativos (Total, Salud, Motivacional-Social y Carácter y Personalidad) y mejora de la actitud del envejecimiento.
Braun, Roberts, Dubanoski, Lenzer, & Goodman (1998)	82 asistentes a cursos de Sociología e Interdisciplinariedad, $m_{\text{edad}} = 30-34$ , 78-86% mujeres. Estudio 1 (online & presencial) y Estudio 2 (online mejorada), POST = 6 meses.	I <sub>c</sub> o I <sub>c</sub> + E	Know, OA	FAQ; ASD	No	No	-Estudio 1: ambos grupos reportaron mejores actitudes hacia el envejecimiento pero solo el grupo de la modalidad presencial mostró mejoras significativas en cuanto al conocimiento del envejecimiento. -Estudio 2: resultados similares respecto a actitudes en comparación del grupo online del Estudio 1, pero mejoras en el conocimiento más pronunciadas.

Butler & Baghi (2008)	28 enfermeros/as, trabajadores de ciencias de la salud y trabajadores/as sociales, $m_{edad} = 34,5$ , 75% mujeres, POST = 3 meses.	$I_c + EE$	Know, OA	Aging IQ (National Institute on Aging); GAS	No	No	-El conocimiento mejoró tanto en graduados/as como no graduados/as. -Respecto a las actitudes, la mejora fue significativa en no graduados/as, mientras que para los graduados/as no hubo cambios.
Cottle & Glover (2007)	146 participantes del Curso Esperanza de Vida, $m_{edad} = 20,4$ , 87% mujeres, POST = 6 meses.	$I_u$	Know, OA	FAQ; ASD	No	No	-Mejora en conocimientos con un tamaño de efecto moderado y mejora en actitudes con tamaño de efecto pequeño.
Cummings, Cassie, Galambos, & Wilson (2006)	161 estudiantes de Trabajo Social, $m_{edad} = 28,4$ , 87% mujeres, POST = 8 meses.	$I_i$	Know, OA	FAQ; KAS	Sí (no $I_i$ )	No	-Mejora significativa en la visión del envejecimiento tanto en el grupo experimental como en el grupo control.
David-Berman (1995)	45 trabajadores/as sociales, POST = 6 meses.	$I_c + C + EE$	Know, OA	Cuestionario de conocimiento del envejecimiento creado por el autor; 19 dimensiones comparativas (Levin, 1988)	Sí (asisten a otra clase)	No	-Los conocimientos mejoraron significativamente en el grupo experimental. -Los abuelos y abuelas fueron puntuados significativamente mejor que los mayores de la población general.

Fabiano, Waldrop, Nochajski, Davis, & Goldberg (2005)	202 alumnos/as de Odontología. Se dividieron en 2 grupos según su experiencia clínica recibida: Grupo 1 (primer y segundo año) y Grupo 2 (tercer y cuarto año), POST = 8 meses.	I <sub>u</sub> + EE	Know	FAQ	No	No	-En general no hubo cambios en el conocimiento. -El Grupo 1 empeoró sus puntuaciones y el Grupo 2 las aumento.
Intrieri, Kelly, Brown, & Castilla (1993)	102 alumnos/as de tercer curso de Medicina, m <sub>edad</sub> = 26,15, 23,53% mujeres, POST = 6 semanas.	I <sub>u</sub> + C + EE	Know, OA	FAQ; ASD	Sí (no I <sub>u</sub> + E + EE)	No	-El grupo control desarrolló actitudes más positivas hacia las personas mayores. -No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al conocimiento.
Kassab & Vance (1999)	40 jóvenes, m <sub>edad</sub> = 14,15, 67,5% mujeres, POST = inmediatamente.	I <sub>i</sub> + EE	Know, OA	KAOP; ASD; FAQ	Sí (no I <sub>c</sub> + EE)	No	-El grupo experimental reportó una mayor mejora en conocimiento y actitudes del envejecimiento que el grupo control.
Leung et al. (2012)	103 alumnos/as de Enfermería y Medicina, m <sub>edad</sub> = 21, 82,52% mujeres, POST = 1 mes después.	I <sub>u</sub> + EE	Know, OA	FAQ; KAOP	Sí (programa online de envejecimiento)	No	-Mejora más pronunciada en el conocimiento del envejecimiento y salud mental, y actitudes en el grupo experimental. -Las actitudes hacia el envejecimiento mejoraron en ambos grupos.
Lu, Hoffman, Hosokawa, Gray, & Zweig (2010)	137 alumnos de primero de Medicina, m <sub>edad</sub> = 23, 55% mujeres, POST = 8 meses después.	I <sub>c</sub> + EE	Know, OA	FAQ; ASD	Sí (no I <sub>i</sub> + EE)	No	-Las actitudes mejoraron en ambos grupos. -Los conocimientos del envejecimiento no sufrieron cambios significativos.

<p>Lucchetti, Lucchetti, de Oliveira, Moreira-Almeida, &amp; da Silva Ezequiel (2017)</p>	<p>230 alumnos de 1° de medicina. El grupo experimenta se compuso de dos grupos: "Experience Aging" y "Myths of Aging", POST = 8 meses.</p>	<p><math>I_c + C</math> o <math>I_c + E</math></p>	<p>Know, OA</p>	<p>FAQ; GAS; Modified Maxwell-Sullivan Survey (Maxwell &amp; Sullivan, 1980)</p>	<p>Sí (no <math>I_c + E</math> o <math>I_c + C</math>)</p>	<p>No</p>	<p>-Los/as participantes de "Experiencing Aging" reportaron una mejora en la empatía, pero empeoró su actitud. Al mismo tiempo, los que participaron en "Myths of Aging" mostraron una actitud mejorada y una visión más positiva del envejecimiento, sin cambios en la empatía. -En comparación con el grupo control, solo hubo diferencias significativas en el conocimiento cognitivo básico en geriatría, especialmente en comparación con el grupo "Experience Aging".</p>
<p>Lytle &amp; Levy (2019)</p>	<p>Estudio 1: 354 personas no graduadas, <math>m_{edad} = 19,69</math>, 72,60% mujeres. Estudio 2: 505 participantes de la comunidad, <math>m_{edad} = 38,10</math>, 63,56% mujeres, POST = 1 semana.</p>	<p><math>I_c</math> or EE or <math>I_c + EE</math></p>	<p>Know, OA, AAS</p>	<p>FSA; Image of Aging Scale (Levy et al., 2004); Feeling Thermometer (Turner &amp; Crisp, 2010); Aging Anxiety (Bousfield &amp; Hutchison, 2010); Anxiety about Interacting with Older Adults (Hutchison, Fox, Lass, Matharu, &amp; Urzi, 2010); Behavioral Intentions (Bousfield &amp; Hutchison, 2010); FAQ</p>	<p>Sí (participaron en cursos sin relación con el envejecimiento)</p>	<p>Sí (2 semanas después del PRE)</p>	<p>Estudio 1: -Las personas que participaron en las 3 modalidades experimentales reportaron menos actitudes negativas hacia el envejecimiento en el FOLLOW-UP y un mayor conocimiento en el POST y FOLLOW-UP. -Los/as participantes del grupo experimental mostraron menos estereotipos negativos y un mayor número de estereotipos positivos del envejecimiento en el POST en comparación al grupo control. -Los/as participantes que solo formaron parte de la intervención educativa mostraron más ansiedad del envejecimiento en comparación de los de la intervención combinada en el POST.</p> <p>Estudio 2: -Mejora significativa en cuanto al edadismo y el conocimiento (POST). -El grupo experimental reportó más</p>

							estereotipos positivos, menos actitudes negativas y mejor conocimiento que el grupo control (POST). -Mejora significativa del conocimiento en el FOLLOW-UP. -El grupo experimental reportó más conocimiento que el grupo control (FOLLOW-UP).
Mellor, McCabe, Rizzuto, & Gruner (2015)	118 estudiantes de instituto, $m_{edad} = 14,3$ , 50,85% mujeres, POST = inmediatamente.	$I_i + E + EE$	Know, OA	CAFAQ; KAOP; SSQ; SCPQ; SWQ	Sí (no $I_c + E + EE$ )	Sí (6 meses después del PRE)	-Los/as participantes del grupo experimental reportaron una mejora significativa en el conocimiento, actitudes y en las habilidades sociales en relación a las personas mayores (POST y FOLLOW-UP). -El grupo control no experimentó cambios.
Merz, Stark, Morrow-Howell, & Carpenter (2018)	78 estudiantes universitarios, $m_{edad} = 18,05$ , 56,69% mujeres, POST = 6 meses.	$I_c + E$	Know, OA, AAS	FAQ; IAT; PATES	Sí (no $I_c + E$ )	No	-Mejora significativa en cuanto al conocimiento del envejecimiento y aumento de actitudes explícitas positivas hacia los mayores. -No se reportaron mejoras en las actitudes implícitas y la ansiedad del envejecimiento. El grupo control no mostró cambios.
Olson (2003)	96 participantes graduados y no graduados en Trabajo Social, $rango_{edad} 18-54$ , 81,25% mujeres, POST = 5-6 semanas.	$I_u$	Know, OA	Ítems de conocimiento y actitudes elaborados por el autor	Sí (no $I_u$ )	No	-Los/as participantes del grupo experimental graduados/as y no graduados/as reportaron una mejora en el conocimiento, siendo estos más pronunciados en no graduados/as. -No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a actitudes entre graduados/as y no graduados/as.

Pacala, Boulton, Bland, & O'Brien (1995)	Alumnos/as de cuarto curso de medicina, POST = 1-2 semanas.	I <sub>u</sub> + C	Know, OA	Cuestionarios de conocimiento y actitudes elaborados por el autor	Sí (no I <sub>u</sub> + C)	No	-La empatía y actitudes mejoraron significativamente en el grupo experimental. -No hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental respecto al conocimiento y creencias del envejecimiento.
Rose (1984)	46 estudiantes de último curso de Enfermería, POST = 6 meses.	I <sub>c</sub> + EE	Know	FAQ; FAQ II (Palmore, 1981)	Sí (participaron en un curso sobre la adolescencia)	No	-Los/as estudiantes del grupo experimental reportaron una visión más positiva del envejecimiento que el grupo control.
Sarabia & Castanedo (2015)	76 alumnos/as de tercer curso de Enfermería, POST = 3 meses y medio.	I <sub>c</sub>	Know	CENVE	No	No	-Reducción de estereotipos negativos del envejecimiento (Total, Salud, Motivacional-Social y Carácter-Personalidad).
Stuart-Hamilton & Mahoney (2003)	139 adultos trabajadores, m <sub>edad</sub> = 42,92, POST = 1 mes.	I <sub>i</sub> + E (1 sesión)	Know, OA	FAQ; FSA	No	No	-Mejora en la visión del envejecimiento. -No diferencias estadísticamente significativas respecto a actitudes.
Vélez-Ortiz, Cross, & Day (2012)	17 estudiantes de Trabajo Social, m <sub>edad</sub> = 20, 88% mujeres, POST = inmediatamente.	I <sub>i</sub> + EE	Know	FAQ	No	No	-La muestra reportó una mejor percepción del envejecimiento, refiriendo que los estereotipos edadistas no son ciertos.
Willard & Crandall (2016)	27 adultos jóvenes no graduados/as, rango <sub>edad</sub> = 18-24, 51,85% mujeres, POST = 6 meses.	I <sub>c</sub> + EE	Know, OA	FAQ; FSA	Sí (participaron en un curso sobre Ciencias del Ejercicio en Jóvenes y Mayores)	No	-No hubo cambios en cuanto al conocimiento del envejecimiento. -Tanto el grupo experimental como el grupo control vieron como sus actitudes hacia los mayores se negativizaron.

Yu & Chen (2012)	83 auxiliares de enfermería, POST = 1 mes.	$I_i + C$	Know, OA	Escalas elaboradas por los autores: Nursing Assistants' Knowledge About Aging Scale; Nursing Assistants' Attitudes Toward Older Adults Scale; Nursing Assistants' Motivation to Care for Older Adults Scale	Si (no $I_i + C$ )	No	-Mejora significativa en el conocimiento y actitudes del grupo experimental. -El grupo experimental presentó más conocimientos del envejecimiento que el grupo control.
------------------	--	-----------	----------	--	--------------------	----	--

*Nota.* <sup>a</sup>I = Información, I<sub>c</sub> = Curso de envejecimiento, I<sub>i</sub> = Infusión de contenidos sobre el envejecimiento, I<sub>u</sub> = Unidad de envejecimiento, EE = Exposición directa (interacción directa con mayores), E = Exposición indirecta (videos o películas, discusiones grupales, observación), C = Actividades creativas (simulaciones). <sup>b</sup>Know = Conocimientos sobre el envejecimiento, OA = Actitudes hacia el Envejecimiento, AAS = Ansiedad ante el Envejecimiento. FAQ = Facts of Aging Quiz (Palmore, 1988), ASD = Aging Semantic Differential (Rosencranz & McNevin, 1969), CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (Sánchez, 2004), DSE = Diferencial Semántico del Envejecimiento (Villar, 1997), GAS = Geriatric Attitude Scale (Reuben et al., 1998), KAS = Kafer Anxiety Scale (Kafer, Rakowski, Lachman, & Hickey, 1980), KAOP = Kogan's Attitudes Towards Older People (Kogan, 1961), FSA = Fraboni Scale of Ageism (Fraboni, Saltstone, & Hughes, 1990), CATAQ = Child Adolescent Facts on Ageing Quiz (Haught, Walls, Laney, Leavell, & Stuzen, 1999), SSQ = Social Skills Questionnaire (Spence, 1995), SCPQ = Social Competence with the Elderly Questionnaire (Spence, 1995), SWQ = Social Worries Questionnaire (Spence, 1995), IAT = Implicit Association Test (Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998), PATES = Polizzi Attitudes Toward the Elderly Scale (Polizzi & Millikin, 2002).

**Anexo 16.** Consentimiento informado (CI) de la muestra institucionalizada en el C. G. Aspaldiko.



## **HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **INVESTIGADORES:**

- *Nombre:* Borja Doncel García, Álvaro Mosquera Lajas, Ismene Arrinda Atutxa, Naiara Fernández Gutiérrez, Batirtze San Martín Gamboa, Idoia Imaz Aramburu, Ana Belén Fraile Bermúdez, Izarne Lizaso Elgarresta y Jon Irazusta Astiazaran.
- *Centro:* Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Escuela de Máster y Doctorado de la UPV/EHU
- *Teléfono:* 667077639
- *Correo Electrónico:* [bdoncel001@ikasle.ehu.es](mailto:bdoncel001@ikasle.ehu.es)

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Consideración Integral del Edadismo. Análisis de la relación entre los estereotipos propios del Edadismo y las distintas dimensiones que conforman las personas mayores en tres contextos sociales distintos.

**DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:** Estudio elaborado por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y la Fundación Aspaldiko. Dicho estudio representa la Tesis Doctoral del alumno, el cual es el investigador principal del mismo y está cursando el Programa de Doctorado en Investigación Biomédica. En los distintos Centros Sociales y Centros de Día de la Fundación Aspaldiko y en el Centro Sociosanitario regido por esta última, se buscará la colaboración de residentes en los mismos, respondiendo estos, siempre de forma voluntaria y confidencial, una serie de cuestionarios con el fin de *analizar una posible relación entre los estereotipos propios del edadismo y las distintas dimensiones de dan forma a la persona en 3 realidades sociales distintas*. Se buscará la colaboración de otras instituciones para la composición de la muestra. No serán tomadas en ningún momento muestras biológicas del sujeto participante.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Este estudio está formado por 2 sesiones de entrevistas de 30 minutos cada una, las cuales serán acordadas con el sujeto a estudio en 2 días distintos. En caso de vivir en un centro sociosanitario, la entrevista tendrá lugar en su propia habitación siempre respetando su intimidad y garantizando la privacidad del procedimiento. Si usted vive en su propio hogar u en uno ajeno, dichas sesiones se realizarán en un aula del centro social/de día al que acude habitualmente a realizar distintas actividades, respetando también en todo momento su intimidad y la privacidad que estas pruebas requieren. El entrevistador será una persona formada en el ámbito que nos acontece.

En estas sesiones se le administrarán distintos cuestionarios y pruebas que tratan sobre temas tales como los estereotipos del envejecimiento, el estado de ánimo, la ansiedad, el nivel de autonomía, la soledad, la fragilidad y la calidad de vida. También se le harán preguntas sobre su vida diaria y situación vital actual. Las sesiones contarán con 2 pruebas físicas de fácil cumplimiento, para las cuales estará continuamente

supervisado para evitar dificultades y garantizarle seguridad durante su realización. Ninguna de las pruebas y preguntas planteadas suponen un desafío, pudiendo usted cumplimentarlas sin dificultad y sin representar en ningún momento estas una invasión a su intimidad.

**PARTICIPACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD:** Su participación es voluntaria y confidencial. En el caso de negarse no habrá ningún perjuicio o medida en su contra. Solo los miembros del equipo investigador podrán acceder a sus datos y respuestas, los cuales no se podrán asociar a su persona. El material estará bajo nuestra custodia y responsabilidad. Si el participante desea dejar de formar parte en el proyecto una vez inscrito no se le aplicarán impedimentos, pudiendo dejar el mismo en cualquier momento y debiendo indicar en un documento que se le facilitará el motivo de su abandono. Si la persona participante reside en una institución, varios de los datos a recabar serán adquiridos directamente de las aplicaciones de gestión disponibles en el centro, por lo que es importante la lectura de este mismo consentimiento.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** Con este documento se adjunta INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL sobre el proyecto global en el que Usted participa, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU:

**Código del tratamiento:** TI0015

**Nombre del Tratamiento:** BD - ESTEREOTIPOS EDADISMO

**Responsable del tratamiento de datos:**

*Identidad:* Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B.

*Dirección Postal:* Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia).

*Página web:* [www.ehu.eus](http://www.ehu.eus)

*Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos:* [dpd@ehu.eus](mailto:dpd@ehu.eus)

**Finalidad del tratamiento de datos:** ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTEREOTIPOS PROPIOS DEL EDADISMO CON LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LAS PERSONAS MAYORES (FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL) EN DOS CONTEXTOS SOCIALES DISTINTOS (CENTRO GERONTOLÓGICO Y HOGAR).

**Periodo de conservación de los datos:** Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

**Legitimación del tratamiento de datos:** Consentimiento de las personas interesadas

**Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos:**

No se cederán datos salvo previsión legal

No se efectuarán transferencias internacionales

**Datos de carácter personal del tratamiento:**

Datos especialmente protegidos

- RELIGIÓN U OPINIONES RELIGIOSAS
- CREENCIAS O CREENCIAS FILOSÓFICAS

Datos de carácter identificativo:

- DNI / NIF, NOMBRE Y APELLIDOS, TELÉFONO

Datos de características personales:

- DATOS DE ESTADO CIVIL, DATOS DE FAMILIA, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, NACIONALIDAD, CARACT. FÍSICAS O ANTROPOMÉTRICAS

Datos de circunstancias sociales:

- CARACTERÍSTICAS DE ALOJAMIENTO, VIVIENDA, AFICIONES Y ESTILOS DE VIDA

Datos académicos y profesionales:

- FORMACIÓN, TITULACIONES, EXPERIENCIA PROFESIONAL

Datos de detalle de empleo:

- CATEGORIA / GRADO, PUESTOS DE TRABAJO

**Derechos**

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos.
- La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web:  
[www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)
- Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web:  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu>  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Puede consultar el "Reglamento de la UPV/EHU para la Protección de Datos de carácter Personal" en la dirección de Internet [www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)

**FECHAS Y FIRMAS:**

- o **Investigador:**

*Nombre y Apellidos:* \_\_\_\_\_

*En* \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Firma:*

- o **Persona que consiente:**

*Nombre y Apellidos:* \_\_\_\_\_

*En* \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Firma:*

**Anexo 17.** Consentimiento informado (CI) de la muestra institucionalizada en IMQ Igorco.**HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO****INVESTIGADORES:**

- *Nombre:* Borja Doncel García, Álvaro Mosquera Lajas, Ismene Arrinda Atutxa, Naiara Fernández Gutiérrez, Batirtze San Martín Gamboa, Idoia Imaz Aramburu, Ana Belén Fraile Bermúdez, Izarne Lizaso Elgarresta y Jon Irazusta Astiazaran.
- *Centro:* Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Escuela de Máster y Doctorado de la UPV/EHU
- *Teléfono:* 667077639
- *Correo Electrónico:* [bdoncel001@ikasle.ehu.es](mailto:bdoncel001@ikasle.ehu.es)

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Consideración Integral del Edadismo. Análisis de la relación entre los estereotipos propios del Edadismo y las distintas dimensiones que conforman las personas mayores en tres contextos sociales distintos.

**DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:** Estudio elaborado por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), la Fundación Aspaldiko e Igorco. Dicho estudio representa la Tesis Doctoral del alumno, el cual es el investigador principal del mismo y está cursando el *Programa de Doctorado en Investigación Biomédica*. En los distintos Centros Sociales y Centros de Día de la Fundación Aspaldiko, en el Centro Sociosanitario regido por esta última y en los distintos Centros Socio-sanitarios que componen la red de Igorco, se buscará la colaboración de residentes en los mismos, respondiendo estos, siempre de forma voluntaria y confidencial, una serie de questionarios con el **fin** de *analizar una posible relación entre los estereotipos propios del edadismo y las distintas dimensiones de dan forma a la persona en 3 realidades sociales distintas*. Se buscará la colaboración de otras instituciones para la composición de la muestra. No serán tomadas en ningún momento muestras biológicas del sujeto participante.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Este estudio está formado por 2 sesiones de entrevistas de 30 minutos cada una, las cuales serán acordadas con el sujeto a estudio en 2 días distintos. Dichas sesiones tendrá lugar en su propia habitación siempre respetando su intimidad y garantizando la privacidad del procedimiento. El entrevistador será una persona formada en el ámbito que nos acontece.

En estas sesiones se le administrarán distintos cuestionarios y pruebas que tratan sobre temas tales como los estereotipos del envejecimiento, el estado de ánimo, la ansiedad, el nivel de autonomía, la soledad, la fragilidad y la calidad de vida. También se le harán preguntas sobre su vida diaria y situación vital actual. Las sesiones contarán con 2 pruebas físicas de fácil cumplimiento, para las cuales estará continuamente supervisado para evitar dificultades y garantizarle seguridad durante su realización. Ninguna de las pruebas y preguntas planteadas suponen un desafío, pudiendo usted cumplimentarlas sin dificultad y sin representar en ningún momento estas una invasión a su intimidad.

**PARTICIPACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD:** Su participación es voluntaria y confidencial. En el caso de negarse no habrá ningún perjuicio o medida en su contra. Solo los miembros del equipo investigador autorizados podrán acceder a sus datos y respuestas, los cuales no se podrán asociar a su persona. El material estará bajo nuestra custodia y responsabilidad. Si el participante desea dejar de formar parte en el proyecto una vez inscrito no se le aplicarán impedimentos, pudiendo dejar el mismo en cualquier momento y debiendo indicar en un documento que se le facilitará el motivo de su abandono.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** Con este documento se adjunta INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL sobre el proyecto global en el que Usted participa, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU:

**Código del tratamiento:** TI0015

**Nombre del Tratamiento:** BD - ESTEREOTIPOS EDADISMO

**Responsable del tratamiento de datos:**

*Identidad:* Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B.

*Dirección Postal:* Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia).

*Página web:* [www.ehu.es](http://www.ehu.es)

*Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos:* dpd@ehu.es

**Finalidad del tratamiento de datos:** ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTEREOTIPOS PROPIOS DEL EDADISMO CON LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LAS PERSONAS MAYORES (FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL) EN DOS CONTEXTOS SOCIALES DISTINTOS (CENTRO GERONTOLÓGICO Y HOGAR).

**Periodo de conservación de los datos:** Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

**Legitimación del tratamiento de datos:** Consentimiento de las personas interesadas

**Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos:**

No se cederán datos salvo previsión legal

No se efectuarán transferencias internacionales

**Datos de carácter personal del tratamiento:**

Datos especialmente protegidos

- RELIGIÓN U OPINIONES RELIGIOSAS
- CREENCIAS O CREENCIAS FILOSÓFICAS

Datos de carácter identificativo:

- DNI / NIF, NOMBRE Y APELLIDOS, TELÉFONO

Datos de características personales:

- DATOS DE ESTADO CIVIL, DATOS DE FAMILIA, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, NACIONALIDAD, CARACT. FÍSICAS O ANTROPOMÉTRICAS

Datos de circunstancias sociales:

- CARACTERÍSTICAS DE ALOJAMIENTO, VIVIENDA, AFICIONES Y ESTILOS DE VIDA

Datos académicos y profesionales:

- FORMACIÓN, TITULACIONES, EXPERIENCIA PROFESIONAL

Datos de detalle de empleo:

- CATEGORÍA / GRADO, PUESTOS DE TRABAJO

**Derechos**

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos.
- La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web: [www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)
- Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web: <http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu>  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Puede consultar el "Reglamento de la UPV/EHU para la Protección de Datos de carácter Personal" en la dirección de Internet [www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)

#### FECHAS Y FIRMAS:

○ **Investigador:**

*Nombre y Apellidos:* \_\_\_\_\_

*En* \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Firma:*

○ **Persona que consiente:**

*Nombre y Apellidos:* \_\_\_\_\_

*En* \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Firma:*

**Anexo 18.** Protocolo de entrevistas de la muestra institucionalizada en el C. G. Aspaldiko.



**ANEXOS: HOJA DE ENTREVISTAS<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Todas las escalas y cuestionarios se encuentran validadas.

# ENTREVISTA 1

<b>1. Mini-Examen Cognitivo (MEC)</b> .....	Pág -
<b>2. Índice de Barthel Modificado (SHAH)</b> .....	Pág -
<b>3. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)</b> .....	Págs -
<b>4. Variables Sociodemográficas</b> .....	Pág -
<b>5. Dinamometría</b> .....	Pag -
<b>6. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)</b> .....	Pág -

## 1. MINI-EXAMEN COGNITIVO (MEC)

Fecha:

### 1. ORIENTACIÓN:

- . ¿En qué año estamos? ..... 1
- . ¿En qué estación del año estamos? ..... 1
- . ¿En qué día de la semana estamos?..... 1
- . ¿Qué día (número) es hoy?..... 1
- . ¿En qué mes estamos?..... 1
- . ¿En qué provincia estamos? ..... 1
- . ¿En qué país estamos? ..... 1
- . ¿En qué pueblo o ciudad estamos? ..... 1
- . ¿En qué lugar estamos en este momento? ..... 1
- . ¿Se trata de un piso o planta baja? ..... 1

### 2. FIJACIÓN:

Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta)

..... 3

Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que las aprenda.

Acuérdese de ellas porque se las preguntare dentro de un rato.

### 3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:

Si tiene 30 euros y me da 3, ¿cuantos le quedan?, ¿y si me da 3? (hasta 5 restas)

..... 5

Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda).

Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en núm. y orden) ..... 3

### 4. MEMORIA:

¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? ..... 3

### 5. LENGUAJE Y CONSTRUCCION:

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? ..... 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? ..... 1

Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABIAN CINCO PERROS" (si es correcta).. 1

- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

. ¿Qué son un gato y un perro? ..... 1

. ¿Y el rojo y el verde? ..... 1

- Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y PONGALO ENCIMA DE LA MESA.

(1 punto por cada acción correcta) ..... 3

Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos:

"CIERRE LOS OJOS" ..... 1

Ahora por favor escriba una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)...1

Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados

..... 1



<b>Total</b>
--------------

## **2. ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO (SHAH)**

### **BAÑO**

5. Independiente no necesita a ninguna otra persona presente. Puede ser en bañera, ducha o al lavarse por partes incluida la espalda.
4. Requiere supervisión para entrar/ salir de la bañera o supervisión por seguridad, para testar la temperatura del agua, etc.
3. Requiere asistencia para entrar/ salir de la bañera, lavarse o secarse.
1. Necesita asistencia en todas las fases del baño.
0. Totalmente dependiente

### **VESTIDO**

10. Incluye abrocharse y desabrocharse la ropa y atar/desatar cordones.
8. Requiere mínima asistencia para lo especificado anteriormente.
5. Necesita asistencia en ponerse o quitarse cualquier elemento (ropa o calzado)
2. El paciente participa en algún grado pero es dependiente en todos los aspectos del vestido.
0. Dependiente, no participa en la actividad

### **ASEO**

5. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse utilizando por si mismo el enchufe de la maquinilla si es eléctrica
4. El paciente necesita mínima ayuda en algo de lo anterior, pero dirige solo todo el proceso.
3. Necesita ayuda en alguna o más de las tareas anteriores
1. Requiere asistencia en todos los pasos de la higiene
0. Dependiente.

### **IR AL RETRETE**

10. Entra y sale solo, se abrocha y se desabrocha la ropa, se coloca en su sitio, evita el marchado de la ropa y usa papel sin ayuda. Puede usar un orinal por la noche pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo.
8. Requiere supervisión por seguridad. Requiere asistencia para vaciar y limpiar el orinal.

5. Requiere asistencia para manejar la ropa, levantarse o sentarse o lavarse las manos.
2. Requiere asistencia en todos los aspectos.
0. Dependiente total

**DEAMBULACIÓN**

15. Camina 50 mts. Sin ayuda o supervisión. Puede usar cualquier ayuda.
12. Camina solo pero no 50 mts. Sin ayuda o supervisión; necesita ser supervisado en situación peligrosa.
8. Requiere asistencia para alcanzar las ayudas o manipularlas. Requiere la asistencia de una persona incluso para cortas distancias.
3. Se necesita la presencia de más personas durante la marcha.
0. Incapaz.

**Paciente en silla de ruedas:**

5. Capaz de propulsar por si solo la silla, doblar esquinas, dar la vuelta, manejarse y colocarla en posición apropiada al lado de la mesa, la cama y el retrete, y empujar una silla al menos 50 mts.
4. Autopropulsión. Necesita mínima ayuda en esquinas muy cerradas.
3. Se necesita una persona para que coloque la silla en posición adecuada al lado de la cama, en la mesa, etc., manipule la silla en la habitación, la adapte a las mesas, etc.
1. Autopropulsión solo cortas distancias por terreno llano.
0. Dependiente

**TRASLADO SILLON-CAMA**

15. Independiente. En caso de paciente en silla de ruedas puede acercarse a la cama en silla de ruedas, frenarla, elevar los descansapiés, colocarse en la cama, tenderse, volver a sentarse en el borde de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y volverse a sentar en ella.
12. Supervisión por seguridad.
8. Requiere la asistencia de una persona,
3. Aunque participa, necesita máxima asistencia de otra persona.
0. Incapaz de participar. Se necesitan dos personas para la transferencia

### **ESCALERAS**

- 10. Sube y baja un piso de escaleras sin ayuda y supervisión. Puede usar bastón, barandilla o muleta y debe acarrearlos si los usa.
- 8. Generalmente no requiere asistencia aunque a veces requiere supervisión para seguridad, por ejemplo por rigidez matutina, disnea, etc.
- 5. Necesita alguna asistencia o lo hace solo pero sin poder acarrear las ayudas que normalmente usa.
- 2. Requiere asistencia en todos los aspectos.
- 0. Dependiente total

### **MICCIÓN**

- 10. Continente día y noche, independiente para manejar sonda, bolsa colectora, etc.
- 8. Generalmente seco día y noche, pero puede tener algún accidente ocasional; necesita mínima ayuda con la sonda o pañal.
- 5. Generalmente seco de día pero no de noche, necesita asistencia con la sonda o pañal.
- 2. Incontinente pero ayuda y colabora en la colocación de la sonda o pañal.
- 0. Incontinente total

### **DEPOSICIÓN**

- 10. Continente e independiente para utilizar supositorios o enemas.
- 8. Requiere supervisión para supositorios o enemas. Accidentes ocasionales
- 5. No puede utilizar supositorios o enemas por si mismo, y/o tiene frecuentes accidentes, pero puede asumir por si mismo la posición apropiada. Requiere ayuda para colocarse el pañal.
- 2. El paciente necesita ayuda para sumir la posición apropiada, con enemas y supositorios.
- 0. Incontinente total

### **ALIMENTACIÓN**

- 10. Totalmente independiente
- 8. Es independiente si se le prepara una bandeja, pero necesita ayuda para cortar la carne, abrir una caja de cartón que contenga leche o abrir un tarro de mermelada. Por lo demás no es necesaria la presencia de otra persona.

5. Se autoalimenta con supervisión, necesita ayuda en tareas como echar azúcar, sal o pimienta o extender mantequilla.
2. Puede utilizar algún cubierto, usualmente una cuchara, pero necesita asistencia activa de alguien durante la comida.
0. Dependiente en todos los aspectos

**Total**

### **3. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)**

La tabla que aparece en la esta misma página muestra varias creencias presentes sobre las personas mayores y el proceso de envejecer. Marque la casilla en relación al nivel de conformidad que muestre en cada una de las creencias de la tabla. Las numeraciones respecto a la conformidad de las creencias son las siguientes:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= Bastante en desacuerdo
- 3= Bastante de acuerdo
- 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
13. El deterioro cognitivo ( pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"				

---

<b>CENVE TOTAL</b>	
--------------------	--

<b>Factor I: Salud</b>	
------------------------	--

<b>Factor II: Motivacional-Social</b>	
---------------------------------------	--

<b>Factor III: Carácter-Personalidad</b>	
--	--

**Factor 1: Salud → Ítems 1, 4, 7, 10 y 13**

**Factor 2: Motivacional-Social → Ítems 2, 5, 8, 11 y 14**

**Factor 3: Carácter-Personalidad → Ítems 3, 6, 9, 12 y 15**

#### 4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_
  
- Sexo
  - Hombre  Mujer
  
- Edad \_\_\_\_\_
  
- Estado Civil
  - Soltero/a  Casado/a  Separado/a
  - Viudo/a
  
- Nivel de Estudios
  - Sin Estudios  E. Primarios  E. Secundarios
  - E. Superiores
  
- Nivel Socioeconómico: \_\_\_\_\_  
*Pensión media 01/06/2017 en España es de 894,13 €, posicóñese en uno de los 5 baremos:*
  - < 847,52 €  847,52 € - 894,13 €  894,14 € - 966,75€
  - > 966,75 €  Sin Pensión  No Sabe
  
- Profesión Ejercida durante más tiempo: \_\_\_\_\_  
Duración (en años): \_\_\_\_\_
  - 1º Sector  2º Sector  3º Sector  Otros
  
- Edad de Jubilación: \_\_\_\_\_
  - <55 años  55-59 años  60-64
  - 65-70  >70  Sin Jubilación
  
- Número de Hijos: \_\_\_\_\_

- 
- Número de Nietos: \_\_\_\_\_
- Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- CAPV                       Fuera de CAPV                       Fuera de España
- Actividades en las que participa actualmente en el centro sociosanitario en el que reside:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_
- Práctica de Religiosidad Semanal:
- Nunca                       1 vez                       2-3 veces
- Medicación: \_\_\_\_\_
- Enfermedades Crónicas: \_\_\_\_\_
- Datos Antropométricos:
- Talla: \_\_\_\_\_ m
- Peso: \_\_\_\_\_ kg
- IMC: \_\_\_\_\_
- Bajo peso (< 22)                       Normopeso (22-27)
- Sobrepeso (27-29,9)                       Obesidad (≥30,00)
- ¿Ha sido el cuidador principal de alguna persona mayor familiar directo suyo?:
- Nunca                       Si, pero ahora está institucionalizada
- Si, pero ya ha fallecido                       Si, pero a cargo de otra persona
- ¿Durante cuantos años ha sido el cuidador principal de esa persona?: \_\_\_\_\_
- < 5 años                       Entre 5 y 10 años
- Entre 10 y 15 años                       > 15 años

## 5. DINAMOMETRÍA

- ESD: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

- ESI: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

## 6. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?

3. ¿Se ha sentido muy irritable?

4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

SI	NO

*Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando*

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)

8. ¿Ha estado preocupado por su salud?

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido


### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?

2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

*(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)*

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?

9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?



<b>ANSIEDAD</b>	
<b>DEPRESIÓN</b>	

# ENTREVISTA 2

1. Índice de Lawton & Brody ----- Pág -
2. Short Physical Performance Battery (SPPB) ----- Pag -
3. Indicador de Fragilidad de Tilburg ----- Pág -
4. Láminas COOP/WOONCA ----- Pág -
5. Escala de Soledad de de Jong Gierveld ----- Pág -

## 1. ÍNDICE DE LAWTON & BRODY

<b>A. Capacidad para usar el teléfono</b>	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono en absoluto	0

<b>B. Ir de compra</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0

<b>C. Preparación de la comida</b>	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0

<b>D. Cuidar la casa</b>	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
5. No participa en ninguna	0

<b>E. Lavado de ropa</b>	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	1
3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0

<b>F. Medio de transporte</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda	0
5. No viaja en absoluto	0

<b>G. Responsabilidad sobre la medicación</b>	
---	--

1. Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas)	1
2. Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0

<b>H. Capacidad de utilizar el dinero</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con Independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos	1
3. Incapaz de manejar dinero	0

<b>TOTAL</b>	
--------------	--

## 2. SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

Hoja de registro

Fecha:

DNI/Nombre:

### 1. Prueba de equilibrio

1. Pies juntos  
10 segundos



2. Semi-tandem  
10 segundos



3. Tandem  
10 segundos



1.     seg.



2.     seg.



3.     seg.

### 2. Prueba de caminar



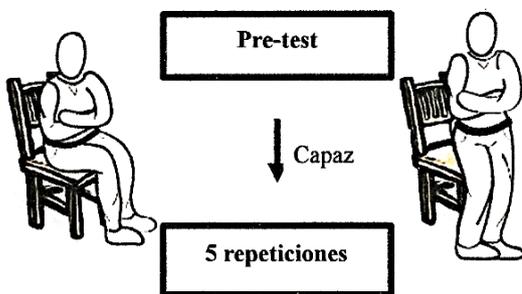
Ayudas durante la prueba:

1.  ninguna
2.  muleta
3.  andador
4.  Otra (especificar) \_\_\_\_\_

Intento 1:     seg.

Intento 2:     seg.

### 3. Levantarse/sentarse



Salida  
Incapaz

Altura de la silla  cm

Tiempo de las 5 repeticiones:     seg.

# PUNTUACIÓN SPPB:

Fecha:

ID/Nombre:

## 1. Puntuación equilibrio

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1.  Intentó, pero no pudo (0p)
2.  El participante no pudo mantener la posición sin ayuda (0p)
3.  Nos sentíamos inseguros (0p)
4.  El participante se sentía inseguro (0p)
5.  El participante no sigue las instrucciones
6.  Otras (especifica) \_\_\_\_\_
7.  El participante se negó

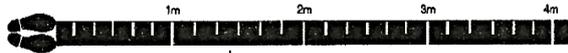


<b>Pies juntos</b>	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	
↓		
<b>Semi-tandem</b>	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	
↓		
<b>Tandem</b>	=10 seg. = 2 p 3 - 9.99 seg. = 1 p < 3 seg. = 0 p	
=		
		Total puntos: <input style="width: 40px;" type="text"/>

## 2. Puntuación caminar

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1.  Intentó, pero no pudo (0p)
2.  El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
3.  Nos sentíamos inseguros (0p)
4.  El participante se sentía inseguro (0p)
5.  El participante no sigue las instrucciones
6.  Otras (especifica) \_\_\_\_\_
7.  El participante se negó



El participante no pudo: = 0 puntos  
 Tiempo entre > 8.7 = 1 punto  
 Tiempo entre 6.21 - 8.70 = 2 puntos  
 Tiempo entre 4.82 - 6.20 = 3 puntos  
 Tiempo entre < 4.82 = 4 puntos

La mejor puntuación:

## 3. Puntuación levantarse/sentarse x5

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1.  Intentó, pero no pudo (0p)
2.  El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
3.  Nos sentíamos inseguros (0p)
4.  El participante se sentía inseguro (0p)
5.  El participante no sigue las instrucciones
6.  Otras (especifica) \_\_\_\_\_
7.  El participante se negó

El participante no pudo >60 seg = 0 puntos  
 Tiempo entre ≥16.7 seg = 1 punto  
 Tiempo entre 13.7 - 16.69 seg = 2 puntos  
 Tiempo entre 11.20 - 13.69 seg = 3 puntos  
 Tiempo entre ≤11.19 seg = 4 puntos



Puntuación:

Prueba:

**TOTAL PUNTUACIÓN SPPB 1.+2.+3.:**

### **3. INDICADOR DE FRAGILIDAD DE TILBURG**

#### **B1) Componente físico:**

11. ¿Se siente físicamente saludable?

SI (0) NO (1)

12. ¿Ha perdido peso de forma involuntaria recientemente? (Más de 6 Kg en los últimos 6 meses o más de 3kg en el último mes)

NO (0) SI (1)

Presenta problemas en su vida diaria en relación a:

13. ¿Dificultad mientras camina?

NO (0) SI (1)

14. ¿Dificultad para mantener el equilibrio?

NO (0) SI (1)

15. ¿Mala audición?

NO (0) SI (1)

16. ¿Mala visión?

NO (0) SI (1)

17. ¿Falta de fuerza en las manos?

NO (0) SI (1)

18. ¿Cansancio físico?

NO (0) SI (1)

#### **B2) Componente psicológico:**

19. ¿Tiene usted problemas con su memoria?

No o A VECES (0) SI (1)

20. ¿Se ha sentido triste en el último mes?

NO (0) SI o A VECES (1)

21. ¿Se ha sentido nervioso o con ansiedad en el último mes?

NO (0) SI o A VECES (1)

22. ¿Es capaz de afrontar adecuadamente sus problemas?

SI (0) NO (1)

#### **B3) Componente Social:**

23. ¿Vive usted sólo?

NO (0) SI (1)

24. ¿A veces echa de menos tener gente a su alrededor?

NO (0) SI o A VECES (1)

25. ¿Recibe usted suficiente apoyo por parte de otras personas?

SI (0) NO (1)

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

#### 4. LÁMINAS COOP/WONCA

<b>FORMA FÍSICA</b>		
Durante las 2 últimas semanas..., ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?		
<b>Muy intensa</b> (por ejemplo: correr deprisa)		<b>1</b>
<b>Intensa</b> (por ejemplo: correr con suavidad)		<b>2</b>
<b>Moderada</b> (por ejemplo: caminar a paso rápido)		<b>3</b>
<b>Ligera</b> (por ejemplo: caminar despacio)		<b>4</b>
<b>Muy ligera</b> (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)		<b>5</b>

**SENTIMIENTOS**

¿Durante las dos últimas semanas..., ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

<b>Nada en absoluto</b>		<b>1</b>
<b>Un poco</b>		<b>2</b>
<b>Moderadamente</b>		<b>3</b>
<b>Bastante</b>		<b>4</b>
<b>Intensamente</b>		<b>5</b>

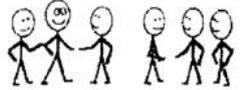
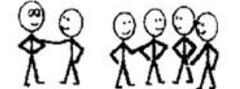
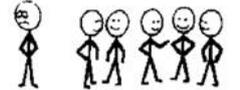
**ACTIVIDADES COTIDIANAS**

Durante las dos últimas semanas..., ¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

<b>Ninguna en absoluto</b>		<b>1</b>
<b>Un poco de dificultad</b>		<b>2</b>
<b>Dificultad moderada</b>		<b>3</b>
<b>Mucha dificultad</b>		<b>4</b>
<b>Todo, no he podido hacer nada</b>		<b>5</b>

**ACTIVIDADES SOCIALES**

Durante las dos últimas semanas..., ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada en absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

**CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD**

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor		1
Un poco mejor		2
Igual; por el estilo		3
Un poco peor		4
Mucho peor		5

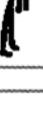
**ESTADO DE SALUD**

Durante las dos últimas semanas..., ¿cómo calificaría su salud general?

<b>Excelente</b>		<b>1</b>
<b>Muy buena</b>		<b>2</b>
<b>Buena</b>		<b>3</b>
<b>Regular</b>		<b>4</b>
<b>Mala</b>		<b>5</b>

**DOLOR**

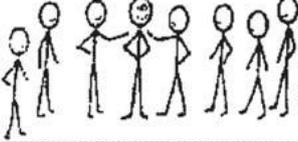
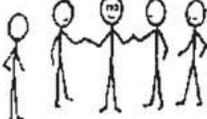
Durante las dos últimas semanas..., ¿cuánto dolor ha tenido?

<b>Nada de dolor</b>		<b>1</b>
<b>Dolor muy leve</b>		<b>2</b>
<b>Dolor ligero</b>		<b>3</b>
<b>Dolor moderado</b>		<b>4</b>
<b>Dolor intenso</b>		<b>5</b>

**APOYO SOCIAL**

Durante las dos últimas semanas..., ¿había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo, si:

- Se encontraba nervioso, solo o triste.
- Caía enfermo y tenía que quedarse en la cama.
- Necesitaba hablar con alguien.
- Necesitaba ayuda con las tareas de la casa.
- Necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo.

<p><b>Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme</b></p>		<p><b>1</b></p>
<p><b>Sí, bastante gente</b></p>		<p><b>2</b></p>
<p><b>Sí, algunas personas</b></p>		<p><b>3</b></p>
<p><b>Sí, alguien había</b></p>		<p><b>4</b></p>
<p><b>Nada en absoluto</b></p>		<p><b>5</b></p>

**CALIDAD DE VIDA**

¿Qué tal le han ido las cosas durante las dos últimas semanas?

1  
Estupendamente,  
no podían ir mejor

2  
Bastante bien

3  
A veces bien, a veces mal.  
Bien y mal a partes iguales

4  
Bastante mal

5  
Muy mal:  
no podían haber ido peor

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

**5. ESCALA DE SOLEDAD DE DE JONG GIERVELD**

	No	Más o menos	Si
1. ¿Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios?	1	1	0
2. ¿Echa de menos un amigo íntimo?	0	1	1
3. ¿Experimenta un sentimiento general de vacío?	0	1	1
4. ¿Hay personas en las que se puede apoyar cuando tiene problemas?	1	1	0
5. ¿Echa de menos la compañía de otros?	0	1	1
6. ¿Considera que su círculo de amigos y conocidos es demasiado limitado?	0	1	1
7. ¿Hay muchas personas en las que puede confiar plenamente?	1	1	0
8. ¿Hay suficientes personas a las que se siente cercano/a?	1	1	0
9. ¿Echa de menos tener gente alrededor?	0	1	1
10. ¿Se siente rechazado/a a menudo?	0	1	1
11. ¿Puede contar con sus amigos cuando los necesita?	1	1	0

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

## Anexo 19. Mini-Mental State Examination (MMSE).

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE)****Orientación temporal**

Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1

**Orientación espacial**

Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1

**Fijación**

Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:

Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

**Concentración (sólo una de las 2 opciones)**

a) Restar desde 100 de 7 en 7	0	1	2	3	4	5
b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés	0	1	2	3	4	5

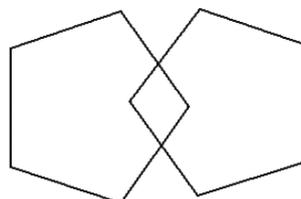
**Memoria**

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1	2	3
---	---	---	---	---

**Lenguaje**

Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1		
Repetirlo con el reloj	0	1		
Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros»	0	1		
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1	2	3
Lea esto y haga lo que dice:				
CIERRE LOS OJOS	0	1		
Escriba una frase:	0	1		
Copie este dibujo	0	1		

Total =  
 Años escolarización =  
 Deterioro cognitivo:  
 < 18 puntos en analfabetos.  
 < 21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios).  
 < 24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más).



**Anexo 20.** Consentimiento informado (CI) de la muestra que acude a centros sociales de Portugalete.



## **HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **INVESTIGADORES:**

- *Nombre:* Borja Doncel García, Álvaro Mosquera Lajas, Ismene Arrinda Atutxa, Naiara Fernández Gutiérrez, Batirtze San Martín Gamboa, Idoia Imaz Aramburu, Ana Belén Fraile Bermúdez, Izarne Lizaso Elgarresta y Jon Irazusta Astiazaran.
- *Centro:* Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Escuela de Máster y Doctorado de la UPV/EHU
- *Teléfono:* 667077639
- *Correo Electrónico:* [bdoncel001@ikasle.ehu.es](mailto:bdoncel001@ikasle.ehu.es)

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Consideración Integral del Edadismo. Análisis de la relación entre los estereotipos propios del Edadismo y las distintas dimensiones que conforman las personas mayores en tres contextos sociales distintos.

**DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:** Estudio elaborado por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y la Fundación Aspaldiko. Dicho estudio representa la Tesis Doctoral del alumno, el cual es el investigador principal del mismo y está cursando el *Programa de Doctorado en Investigación Biomédica*. En los distintos Centros Sociales y Centros de Día de la Fundación Aspaldiko y en el Centro Sociosanitario regido por esta última, se buscará la colaboración de residentes en los mismos, respondiendo estos, siempre de forma voluntaria y confidencial, una serie de questionarios con el fin de *analizar una posible relación entre los estereotipos propios del edadismo y las distintas dimensiones de dan forma a la persona en 3 realidades sociales distintas*.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Este estudio está formado por 2 sesiones de entrevistas de 30 minutos cada una, las cuales serán acordadas con el sujeto a estudio en 2 días distintos. Dichas sesiones se realizarán en un aula del centro social/de día al que acude habitualmente a realizar distintas actividades, respetando también en todo momento su intimidad y la privacidad que estas pruebas requieren. El entrevistador será una persona formada en el ámbito que nos acontece.

En estas sesiones se le realizarán preguntas y pruebas que tratan sobre temas tales como los estereotipos del envejecimiento, el estado de ánimo, la ansiedad, el nivel de autonomía, la soledad, la fragilidad y la calidad de vida. También se le harán preguntas sobre su vida diaria y situación vital actual. Las sesiones contarán con 2 pruebas físicas de fácil cumplimiento, para las cuales estará continuamente supervisado para evitar dificultades y garantizarle seguridad durante su realización. Si usted reside en su

hogar y acude a un centro social, también se le preguntará sobre la medicación que consume a diario o las enfermedades crónicas que pueda padecer. Ninguna de las pruebas y preguntas planteadas suponen un desafío, pudiendo usted cumplimentarlas sin dificultad y sin representar en ningún momento estas una invasión a su intimidad.

**PARTICIPACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD:** Su participación es voluntaria y confidencial. En el caso de negarse no habrá ningún perjuicio o medida en su contra. Solo los miembros del equipo investigador autorizados podrán acceder a sus datos y respuestas, los cuales no se podrán asociar a su persona. El material estará bajo nuestra custodia y responsabilidad. Si el participante desea dejar de formar parte en el proyecto una vez inscrito no se le aplicarán impedimentos, pudiendo dejar el mismo en cualquier momento y debiendo indicar en un documento que se le facilitará el motivo de su abandono.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** Con este documento se adjunta INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL sobre el proyecto global en el que Usted participa, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU:

**Código del tratamiento:** TI0015

**Nombre del Tratamiento:** BD - ESTEREOTIPOS EDADISMO

**Responsable del tratamiento de datos:**

*Identidad:* Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B.

*Dirección Postal:* Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia).

*Página web:* [www.ehu.eus](http://www.ehu.eus)

*Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos:* [dpd@ehu.eus](mailto:dpd@ehu.eus)

**Finalidad del tratamiento de datos:** ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTEREOTIPOS PROPIOS DEL EDADISMO CON LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LAS PERSONAS MAYORES (FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL) EN DOS CONTEXTOS SOCIALES DISTINTOS (CENTRO GERONTOLÓGICO Y HOGAR).

**Periodo de conservación de los datos:** Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

**Legitimación del tratamiento de datos:** Consentimiento de las personas interesadas

**Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos:**

No se cederán datos salvo previsión legal

No se efectuarán transferencias internacionales

**Datos de carácter personal del tratamiento:**

Datos especialmente protegidos

- RELIGIÓN U OPINIONES RELIGIOSAS
- CREENCIAS O CREENCIAS FILOSÓFICAS

Datos de carácter identificativo:

- DNI / NIF, NOMBRE Y APELLIDOS, TELÉFONO

Datos de características personales:

- DATOS DE ESTADO CIVIL, DATOS DE FAMILIA, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, NACIONALIDAD, CARACT. FÍSICAS O ANTROPOMETRICAS

Datos de circunstancias sociales:

- CARACTERÍSTICAS DE ALOJAMIENTO, VIVIENDA, AFICIONES Y ESTILOS DE VIDA

Datos académicos y profesionales:

- FORMACIÓN, TITULACIONES, EXPERIENCIA PROFESIONAL

Datos de detalle de empleo:

- CATEGORIA / GRADO, PUESTOS DE TRABAJO

**Derechos**

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos.
- La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web:  
[www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)
- Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web:  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu>  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Puede consultar el "Reglamento de la UPV/EHU para la Protección de Datos de carácter Personal" en la dirección de Internet [www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)

**FECHAS Y FIRMAS:**

- **Investigador:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma:

- **Persona que consiente:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma:

**Anexo 21.** Consentimiento informado (CI) de la muestra que acude a centros de Bizipoz.**HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO****INVESTIGADORES:**

- *Nombre:* Borja Doncel García, Álvaro Mosquera Lajas, Ismene Arrinda Atutxa, Naiara Fernández Gutiérrez, Batirtze San Martín Gamboa, Idoia Imaz Aramburu, Ana Belén Fraile Bermúdez, Izarne Lizaso Elgarresta y Jon Irazusta Astiazaran.
- *Centro:* Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Escuela de Máster y Doctorado de la UPV/EHU
- *Teléfono:* 667077639
- *Correo Electrónico:* [bdoncel001@ikasle.ehu.es](mailto:bdoncel001@ikasle.ehu.es)

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Consideración Integral del Edadismo. Análisis de la relación entre los estereotipos propios del Edadismo y las distintas dimensiones que conforman las personas mayores en tres contextos sociales distintos.

**DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:** Estudio elaborado por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), la Fundación Aspaldiko, Igurco y Bizipoz. Dicho estudio representa la Tesis Doctoral del alumno, el cual es el investigador principal del mismo y está cursando el *Programa de Doctorado en Investigación Biomédica*. En los distintos Centros Sociales y Centros de Día de la Fundación Aspaldiko, en el Centro Sociosanitario regido por esta última, en los distintos Centros Socio-sanitarios que componen la red de Igurco y en los distintos centros desde los que opera Bizipoz, se buscará la colaboración de residentes en los mismos, respondiendo estos, siempre de forma voluntaria y confidencial, una serie de questionarios con el **fin** de *analizar una posible relación entre los estereotipos propios del edadismo y las distintas dimensiones de dan forma a la persona en 3 realidades sociales distintas*. Se buscará la colaboración de otras instituciones para la composición de la muestra. No serán tomadas en ningún momento muestras biológicas del sujeto participante.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Su participación en este proyecto consistirá en 2 sesiones de entrevistas de 30 minutos cada una, las cuales serán acordadas con usted en 2 días distintos. Dichas sesiones se realizarán en un aula del centro social/de día al que acude habitualmente a realizar distintas actividades, respetando también en todo momento su intimidad y la privacidad que estas pruebas requieren. El entrevistador será una persona formada en el ámbito que nos acontece.

En estas sesiones se le realizarán distintos cuestionarios y pruebas que tratan sobre temas tales como los estereotipos del envejecimiento, el estado de ánimo, la ansiedad, el nivel de autonomía, la soledad, la fragilidad y la calidad de vida. También se le harán preguntas sobre su vida diaria y situación vital actual. Las sesiones contarán con 2 pruebas físicas de fácil cumplimiento y sin riesgo alguno, para las cuales estará continuamente supervisado para evitar dificultades y garantizarle seguridad durante su realización. Si usted reside en su hogar y acude a un centro social, también se le preguntará sobre la medicación que consume a diario o las enfermedades crónicas que pueda padecer. Ninguna de las pruebas y preguntas planteadas

suponen un desafío, pudiendo usted cumplimentarlas sin dificultad y sin representar en ningún momento estas una invasión a su intimidad.

**PARTICIPACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD:** Su participación es voluntaria y confidencial. En el caso de negarse no habrá ningún perjuicio o medida en su contra. Solo los miembros del equipo investigador autorizados podrán acceder a sus datos y respuestas, los cuales no se podrán asociar a su persona. El material estará bajo nuestra custodia y responsabilidad. Si el participante desea dejar de formar parte en el proyecto una vez inscrito no se le aplicarán impedimentos, pudiendo dejar el mismo en cualquier momento y debiendo indicar en un documento que se le facilitará el motivo de su abandono. Sus datos podrán ser utilizados en proyectos posteriores únicamente si así lo indica en la siguiente casilla:

- Autorizo el uso de mis datos seudonimizados en posteriores proyectos:     SI                             NO

**PROTECCIÓN DE DATOS:** Con este documento se adjunta INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL sobre el proyecto global en el que Usted participa, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU:

**Código del tratamiento:** TI0015

**Nombre del Tratamiento:** BD - ESTEREOTIPOS EDADISMO

**Responsable del tratamiento de datos:**

*Identidad:* Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B.

*Dirección Postal:* Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia).

*Página web:* [www.ehu.eus](http://www.ehu.eus)

*Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos:* dpd@ehu.eus

**Finalidad del tratamiento de datos:** ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTEREOTIPOS PROPIOS DEL EDADISMO CON LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LAS PERSONAS MAYORES (FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL) EN DOS CONTEXTOS SOCIALES DISTINTOS (CENTRO GERONTOLÓGICO Y HOGAR).

**Periodo de conservación de los datos:** Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

**Legitimación del tratamiento de datos:** Consentimiento de las personas interesadas

**Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos:**

No se cederán datos salvo previsión legal

No se efectuarán transferencias internacionales

**Datos de carácter personal del tratamiento:**

Datos especialmente protegidos

- RELIGIÓN U OPINIONES RELIGIOSAS
- CREENCIAS O CREENCIAS FILOSÓFICAS

Datos de carácter identificativo:

- DNI / NIF, NOMBRE Y APELLIDOS, TELÉFONO

Datos de características personales:

- DATOS DE ESTADO CIVIL, DATOS DE FAMILIA, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, NACIONALIDAD, CARACT. FÍSICAS O ANTROPOMÉTRICAS

Datos de circunstancias sociales:

- CARACTERÍSTICAS DE ALOJAMIENTO, VIVIENDA, AFICIONES Y ESTILOS DE VIDA

Datos académicos y profesionales:

- FORMACIÓN, TITULACIONES, EXPERIENCIA PROFESIONAL

Datos de detalle de empleo:

- CATEGORIA / GRADO, PUESTOS DE TRABAJO

**Derechos**

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos.
- La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web:  
[www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)
- Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web:  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu>  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Puede consultar el "Reglamento de la UPV/EHU para la Protección de Datos de carácter Personal" en la dirección de Internet [www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)

**FECHAS Y FIRMAS:**

- o **Investigador:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma:

- o **Persona que consiente:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma:

**Anexo 22.** Protocolo de entrevistas de la muestra no institucionalizada.



**ANEXOS: HOJA DE ENTREVISTAS<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Todas las escalas y cuestionarios se encuentran validadas.

# ENTREVISTA 1

<b>1. Mini-Examen Cognitivo (MEC)</b> .....	Pág -
<b>2. Índice de Barthel</b> .....	Pág -
<b>3. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)</b> .....	Pág -
<b>4. Variables Sociodemográficas</b> .....	Pág -
<b>5. Dinamometría</b> .....	Pág -
<b>6. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)</b> .....	Pág -

**1. MINI-EXAMEN COGNITIVO (MEC)**

Fecha:

**1. ORIENTACIÓN:**

- . ¿En qué año estamos? ..... 1
- . ¿En qué estación del año estamos? ..... 1
- . ¿En qué día de la semana estamos?..... 1
- . ¿Qué día (número) es hoy?..... 1
- . ¿En qué mes estamos?..... 1
- . ¿En qué provincia estamos? ..... 1
- . ¿En qué país estamos? ..... 1
- . ¿En qué pueblo o ciudad estamos? ..... 1
- . ¿En qué lugar estamos en este momento? ..... 1
- . ¿Se trata de un piso o planta baja? ..... 1

**2. FIJACIÓN:**

Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta)

..... 3

Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que las aprenda.

Acuérdese de ellas porque se las preguntare dentro de un rato.

**3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:**

Si tiene 30 euros y me da 3, ¿cuantos le quedan?, ¿y si me da 3? (hasta 5 restas)

..... 5

Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda).

Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en núm. y orden) ..... 3

**4. MEMORIA:**

¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? ..... 3

**5. LENGUAJE Y CONSTRUCCION:**

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? ..... 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? ..... 1

Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABIAN CINCO PERROS" (si es correcta).. 1

- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

. ¿Qué son un gato y un perro? ..... 1

. ¿Y el rojo y el verde? ..... 1

- Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y PONGALO ENCIMA DE LA MESA.

(1 punto por cada acción correcta) ..... 3

Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos:

"CIERRE LOS OJOS" ..... 1

Ahora por favor escriba una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)...1

Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados

..... 1



<b>Total</b>
--------------

**2. ÍNDICE DE BARTHEL**

<b>ALIMENTACIÓN</b>		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita Ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
<b>BAÑO</b>		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
<b>VESTIRSE</b>		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita Ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
<b>ARREGLARSE</b>		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
<b>DEPOSICIONES</b>		
10	Independiente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	
<b>MICCIÓN</b>		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
<b>RETRETE</b>		

10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
<b>TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas</b>		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran Ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
<b>DEAMBULAR</b>		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita Ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

<b>TOTAL</b>	
--------------	--

### **3. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)**

La tabla que aparece en la esta misma página muestra varias creencias presentes sobre las personas mayores y el proceso de envejecer. Marque la casilla en relación al nivel de conformidad que muestre en cada una de las creencias de la tabla. Las numeraciones respecto a la conformidad de las creencias son las siguientes:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= Bastante en desacuerdo
- 3= Bastante de acuerdo
- 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
13. El deterioro cognitivo ( pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"				

---

<b>CENVE TOTAL</b>	
--------------------	--

<b>Factor I: Salud</b>	
------------------------	--

<b>Factor II: Motivacional-Social</b>	
---------------------------------------	--

<b>Factor III: Carácter-Personalidad</b>	
--	--

**Factor 1: Salud → Ítems 1, 4, 7, 10 y 13**

**Factor 2: Motivacional-Social → Ítems 2, 5, 8, 11 y 14**

**Factor 3: Carácter-Personalidad → Ítems 3, 6, 9, 12 y 15**

#### 4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

– Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

– Sexo

Hombre                       Mujer

– Edad \_\_\_\_\_

– Estado Civil

Soltero/a                       Casado/a                       Separado/a  
 Viudo/a

– Nivel de Estudios

Sin Estudios                       E. Primarios                       E. Secundarios  
 E. Superiores

– Nivel Socioeconómico: \_\_\_\_\_

*Pensión media 01/06/2017 en España es de 894,13 €, posicóñese en uno de los 5 baremos:*

< 847,52 €                       847,52 € - 894,13 €                       894,14 € - 966,75€  
 > 966,75 €                       Sin Pensión                       No Sabe

– Profesión Ejercida durante más tiempo: \_\_\_\_\_

Duración (en años): \_\_\_\_\_

1º Sector                       2º Sector                       3º Sector                       Otros

– Edad de Jubilación: \_\_\_\_\_

<55 años                       55-59 años                       60-64  
 65-70                       >70                       Sin Jubilación

– Número de Hijos: \_\_\_\_\_

- 
- Número de Nietos: \_\_\_\_\_
- Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- CAPV                       Fuera de CAPV                       Fuera de España
- Actividades en las que participa actualmente en su centro social:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Práctica de Religiosidad Semanal:
- Nunca                       1 vez                       2-3 veces
- Medicación: \_\_\_\_\_
- Enfermedades Crónicas: \_\_\_\_\_
- Datos Antropométricos:
- Talla: \_\_\_\_\_ m
- Peso: \_\_\_\_\_ kg
- IMC: \_\_\_\_\_
- Bajo peso (< 22)                       Normopeso (22-27)
- Sobrepeso (27-29,9)                       Obesidad ( $\geq 30,00$ )
- ¿Ha sido el cuidador principal de alguna persona mayor familiar directo suyo?:
- Nunca                       Si, pero ahora está institucionalizada
- Si, pero ya ha fallecido                       Si, pero a cargo de otra persona
- ¿Durante cuantos años ha sido el cuidador principal de esa persona?: \_\_\_\_\_
- < 5 años                       Entre 5 y 10 años
- Entre 10 y 15 años                       > 15 años

## 5. DINAMOMETRÍA

- ESD: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

- ESI: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

## 6. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?

3. ¿Se ha sentido muy irritable?

4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

SI	NO

*Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando*

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)

8. ¿Ha estado preocupado por su salud?

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido


### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?

2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

*(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)*

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?

9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?



<b>ANSIEDAD</b>	
<b>DEPRESIÓN</b>	

# ENTREVISTA 2

1. Índice de Lawton & Brody ----- Pág -
2. Short Physical Performance Battery (SPPB) ----- Pag -
3. Indicador de Fragilidad de Tilburg ----- Pág -
4. Láminas COOP/WOONCA ----- Pág -
5. Escala de Soledad de de Jong Gierveld ----- Pág -

## 1. ÍNDICE DE LAWTON & BRODY

<b>A. Capacidad para usar el teléfono</b>	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono en absoluto	0

<b>B. Ir de compra</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0

<b>C. Preparación de la comida</b>	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0

<b>D. Cuidar la casa</b>	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
5. No participa en ninguna	0

<b>E. Lavado de ropa</b>	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	1
3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0

<b>F. Medio de transporte</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda	0
5. No viaja en absoluto	0

<b>G. Responsabilidad sobre la medicación</b>	
---	--

1. Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas)	1
2. Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0

<b>H. Capacidad de utilizar el dinero</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con Independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos	1
3. Incapaz de manejar dinero	0

<b>TOTAL</b>	
--------------	--

## 2. SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

Hoja de registro

Fecha:

DNI/Nombre:

### 1. Prueba de equilibrio

1. Pies juntos  
10 segundos



1.     seg.

2. Semi-tandem  
10 segundos



2.     seg.

3. Tandem  
10 segundos



3.     seg.

### 2. Prueba de caminar



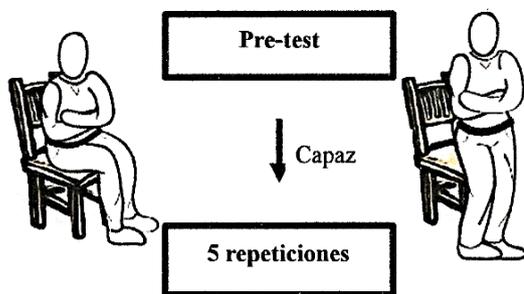
Ayudas durante la prueba:

1.  ninguna
2.  muleta
3.  andador
4.  Otra (especificar) \_\_\_\_\_

Intento 1:     seg.

Intento 2:     seg.

### 3. Levantarse/sentarse



Salida  
Incapaz

Altura de la silla  cm

Tiempo de las 5 repeticiones:     seg.

# PUNTUACIÓN SPPB:

Fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

ID/Nombre:

## 1. Puntuación equilibrio

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1.  Intentó, pero no pudo (0p)
2.  El participante no pudo mantener la posición sin ayuda (0p)
3.  Nos sentíamos inseguros (0p)
4.  El participante se sentía inseguro (0p)
5.  El participante no sigue las instrucciones
6.  Otras (especifica) \_\_\_\_\_
7.  El participante se negó

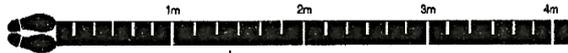


<b>Pies juntos</b>	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
↓		
<b>Semi-tandem</b>	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
↓		
<b>Tandem</b>	=10 seg. = 2 p 3 - 9.99 seg. = 1 p < 3 seg. = 0 p	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
=		
		Total puntos: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

## 2. Puntuación caminar

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1.  Intentó, pero no pudo (0p)
2.  El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
3.  Nos sentíamos inseguros (0p)
4.  El participante se sentía inseguro (0p)
5.  El participante no sigue las instrucciones
6.  Otras (especifica) \_\_\_\_\_
7.  El participante se negó



El participante no pudo: = 0 puntos  
 Tiempo entre > 8.7 = 1 punto  
 Tiempo entre 6.21 - 8.70 = 2 puntos  
 Tiempo entre 4.82 - 6.20 = 3 puntos  
 Tiempo entre < 4.82 = 4 puntos

La mejor puntuación:

## 3. Puntuación levantarse/sentarse x5

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1.  Intentó, pero no pudo (0p)
2.  El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
3.  Nos sentíamos inseguros (0p)
4.  El participante se sentía inseguro (0p)
5.  El participante no sigue las instrucciones
6.  Otras (especifica) \_\_\_\_\_
7.  El participante se negó

El participante no pudo >60 seg = 0 puntos  
 Tiempo entre ≥16.7 seg = 1 punto  
 Tiempo entre 13.7 - 16.69 seg = 2 puntos  
 Tiempo entre 11.20 - 13.69 seg = 3 puntos  
 Tiempo entre ≤11.19 seg = 4 puntos



Puntuación:

Prueba:

**TOTAL PUNTUACIÓN SPPB 1.+2.+3.:**

### **3. INDICADOR DE FRAGILIDAD DE TILBURG**

#### **B1) Componente físico:**

11. ¿Se siente físicamente saludable?

SI (0) NO (1)

12. ¿Ha perdido peso de forma involuntaria recientemente? (Más de 6 Kg en los últimos 6 meses o más de 3kg en el último mes)

NO (0) SI (1)

Presenta problemas en su vida diaria en relación a:

13. ¿Dificultad mientras camina?

NO (0) SI (1)

14. ¿Dificultad para mantener el equilibrio?

NO (0) SI (1)

15. ¿Mala audición?

NO (0) SI (1)

16. ¿Mala visión?

NO (0) SI (1)

17. ¿Falta de fuerza en las manos?

NO (0) SI (1)

18. ¿Cansancio físico?

NO (0) SI (1)

#### **B2) Componente psicológico:**

19. ¿Tiene usted problemas con su memoria?

No o A VECES (0) SI (1)

20. ¿Se ha sentido triste en el último mes?

NO (0) SI o A VECES (1)

21. ¿Se ha sentido nervioso o con ansiedad en el último mes?

NO (0) SI o A VECES (1)

22. ¿Es capaz de afrontar adecuadamente sus problemas?

SI (0) NO (1)

#### **B3) Componente Social:**

23. ¿Vive usted sólo?

NO (0) SI (1)

24. ¿A veces echa de menos tener gente a su alrededor?

NO (0) SI o A VECES (1)

25. ¿Recibe usted suficiente apoyo por parte de otras personas?

SI (0) NO (1)

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

#### 4. LÁMINAS COOP/WONCA

<b>FORMA FÍSICA</b>	
Durante las 2 últimas semanas..., ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?	
<b>Muy intensa</b> (por ejemplo: correr deprisa)	
<b>Intensa</b> (por ejemplo: correr con suavidad)	
<b>Moderada</b> (por ejemplo: caminar a paso rápido)	
<b>Ligera</b> (por ejemplo: caminar despacio)	
<b>Muy ligera</b> (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)	

**SENTIMIENTOS**

¿Durante las dos últimas semanas..., ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

<b>Nada en absoluto</b>		<b>1</b>
<b>Un poco</b>		<b>2</b>
<b>Moderadamente</b>		<b>3</b>
<b>Bastante</b>		<b>4</b>
<b>Intensamente</b>		<b>5</b>

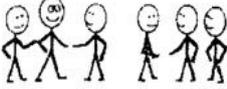
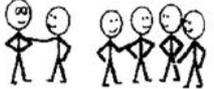
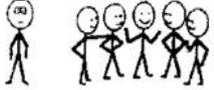
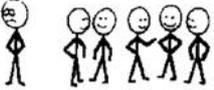
**ACTIVIDADES COTIDIANAS**

Durante las dos últimas semanas..., ¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

<b>Ninguna en absoluto</b>		<b>1</b>
<b>Un poco de dificultad</b>		<b>2</b>
<b>Dificultad moderada</b>		<b>3</b>
<b>Mucha dificultad</b>		<b>4</b>
<b>Todo, no he podido hacer nada</b>		<b>5</b>

**ACTIVIDADES SOCIALES**

Durante las dos últimas semanas..., ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada en absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

**CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD**

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor		1
Un poco mejor		2
Igual; por el estilo		3
Un poco peor		4
Mucho peor		5

**ESTADO DE SALUD**

Durante las dos últimas semanas..., ¿cómo calificaría su salud general?

<b>Excelente</b>		<b>1</b>
<b>Muy buena</b>		<b>2</b>
<b>Buena</b>		<b>3</b>
<b>Regular</b>		<b>4</b>
<b>Mala</b>		<b>5</b>

**DOLOR**

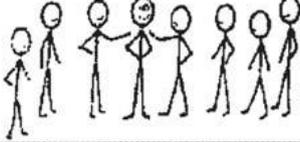
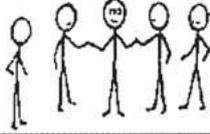
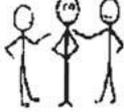
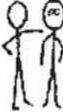
Durante las dos últimas semanas..., ¿cuánto dolor ha tenido?

<b>Nada de dolor</b>		<b>1</b>
<b>Dolor muy leve</b>		<b>2</b>
<b>Dolor ligero</b>		<b>3</b>
<b>Dolor moderado</b>		<b>4</b>
<b>Dolor intenso</b>		<b>5</b>

**APOYO SOCIAL**

Durante las dos últimas semanas..., ¿había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo, si:

- Se encontraba nervioso, solo o triste.
- Caía enfermo y tenía que quedarse en la cama.
- Necesitaba hablar con alguien.
- Necesitaba ayuda con las tareas de la casa.
- Necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo.

<p><b>Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme</b></p>		<p><b>1</b></p>
<p><b>Sí, bastante gente</b></p>		<p><b>2</b></p>
<p><b>Sí, algunas personas</b></p>		<p><b>3</b></p>
<p><b>Sí, alguien había</b></p>		<p><b>4</b></p>
<p><b>Nada en absoluto</b></p>		<p><b>5</b></p>

**CALIDAD DE VIDA**

¿Qué tal le han ido las cosas durante las dos últimas semanas?

1  
Estupendamente,  
no podían ir mejor

2  
Bastante bien

3  
A veces bien, a veces mal.  
Bien y mal a partes iguales

4  
Bastante mal

5  
Muy mal:  
no podían haber ido peor

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

**5. ESCALA DE SOLEDAD DE DE JONG GIERVELD**

	No	Más o menos	Si
1. ¿Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios?	1	1	0
2. ¿Echa de menos un amigo íntimo?	0	1	1
3. ¿Experimenta un sentimiento general de vacío?	0	1	1
4. ¿Hay personas en las que se puede apoyar cuando tiene problemas?	1	1	0
5. ¿Echa de menos la compañía de otros?	0	1	1
6. ¿Considera que su círculo de amigos y conocidos es demasiado limitado?	0	1	1
7. ¿Hay muchas personas en las que puede confiar plenamente?	1	1	0
8. ¿Hay suficientes personas a las que se siente cercano/a?	1	1	0
9. ¿Echa de menos tener gente alrededor?	0	1	1
10. ¿Se siente rechazado/a a menudo?	0	1	1
11. ¿Puede contar con sus amigos cuando los necesita?	1	1	0

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	
-------------------------	--

**Anexo 23.** Consentimiento informado (CI) de la muestra participante en la intervención en centros sociales de Portugalete.



## **HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **INVESTIGADORES:**

- *Nombre:* Borja Doncel García, Álvaro Mosquera Lajas, Batirtze San Martín Gamboa, Idoia Imaz Aramburu, Ana Belén Fraile Bermúdez, Izarne Lizaso Elgarresta y Jon Irazusta Astiazaran.
- *Centro:* Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Escuela de Máster y Doctorado de la UPV/EHU
- *Teléfono:* 667077639
- *Correo Electrónico:* [bdoncel001@ikasle.ehu.es](mailto:bdoncel001@ikasle.ehu.es)

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Desmintiendo mitos y estereotipos del envejecimiento a través de la educación en una población mayor.

**DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:** Intervención elaborada por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), la Fundación AspaldikO, Igarco y Bizipoz. Dicho estudio representa parte de la Tesis Doctoral del alumno, el cual es el investigador principal del mismo y está cursando el *Programa de Doctorado en Investigación Biomédica*. En los distintos Centros Sociales del Municipio de Portugalete (San Roque, Repélega y Villanueva), se buscará la participación de personas que acuden a los mismos, siempre de forma voluntaria y confidencial, en una sesión educativa o de visionado de video con el **fin** de *conocer si la percepción/visión que los participantes tienen sobre las personas mayores y el envejecimiento se ve modificada después de asistir a la sesión educativa*.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Este estudio está formado por 3 sesiones de entrevistas de 8-10 minutos cada una. Después de la primera entrevista, se llevará a cabo una sesión educativa o visionado de video, según se le asigne, de unos 50 minutos de duración aproximadamente. La sesión educativa se centrará principalmente en la desmitificación del envejecimiento mediante el desglose del Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), mientras que el visionado de video, se compondrá de 2 cortos sobre la demencia y la sexualidad en personas mayores. Las citas serán acordadas con el sujeto a estudio en días distintos. Dicha sesión y sus correspondientes entrevistas se realizarán en un aula del centro social al que acude habitualmente a realizar distintas actividades, respetando también en todo momento su intimidad y la privacidad que estas pruebas requieren. El entrevistador y ponentes de la sesión, serán personas formadas en el ámbito que nos acontece.

La persona participante acudirá a la primera entrevista, donde se le harán preguntas sobre su vida diaria y situación vital actual, empleando cuestionarios validados para tal fin. Los primeros dos cuestionarios permitirán determinar si los participantes cumplen los criterios de inclusión y si pueden participar en el estudio. En el caso de cumplir dichos criterios, también se le pasará un cuestionario para conocer la visión que tiene sobre el envejecimiento y se les preguntará sobre la medicación que consume a diario, así como las enfermedades crónicas que puedan padecer. Posteriormente serán citados/as a una sesión educativa o de visionado de video en el mismo centro social. Las sesiones contarán con 2 ponentes y se concluirán con una pequeña discusión grupal. Después de la intervención, el/la participante será citado/a para dos entrevistas más, una al de una semana y otra al de un mes, en las cuales solo se les pedirá responder a un cuestionario que mide la visión del envejecimiento que se ha mencionado anteriormente. Ninguna de las sesiones y preguntas planteadas

suponen un desafío, pudiendo el participante cumplimentarlas sin dificultad y sin representar en ningún momento estas una invasión a su intimidad.

**PARTICIPACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD:** Su participación es voluntaria y confidencial. En el caso de negarse no habrá ningún perjuicio o medida en su contra. Solo los miembros del equipo investigador autorizados podrán acceder a sus datos y respuestas, los cuales no se podrán asociar su persona. El material estará bajo nuestra custodia y responsabilidad. Si desea dejar de formar parte en el proyecto una vez inscrito no se le aplicarán impedimentos, pudiendo dejar el mismo en cualquier momento y debiendo indicar en un documento que se le facilitará el motivo de su abandono. Si no puede asistir a la sesión que le ha sido asignada, podrá acceder libremente a la sesión contraria. Mediante la firma de este documento también se solicita su permiso, en el caso de que haya participado anteriormente en el estudio "Consideración Integral del Edadismo. Análisis de la relación entre los estereotipos propios del Edadismo y las distintas dimensiones que conforman las personas mayores en tres contextos sociales distintos", para la utilización de los datos obtenidos de su participación en dicho estudio para el presente proyecto. Sus datos podrán ser utilizados en proyectos posteriores únicamente si así lo indica en la siguiente casilla:

- Autorizo el uso de mis datos seudonimizados en posteriores proyectos:     SI                             NO

**PROTECCIÓN DE DATOS:** Con este documento se adjunta INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL sobre el proyecto global en el que Usted participa, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU:

**Código del tratamiento:** TI0015

**Nombre del Tratamiento:** BD - ESTEREOTIPOS EDADISMO

**Responsable del tratamiento de datos:**

*Identidad:* Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B.

*Dirección Postal:* Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia).

*Página web:* [www.ehu.eus](http://www.ehu.eus)

*Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos:* dpd@ehu.eus

**Finalidad del tratamiento de datos:** ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTEREOTIPOS PROPIOS DEL EDADISMO CON LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LAS PERSONAS MAYORES (FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL) EN DOS CONTEXTOS SOCIALES DISTINTOS (CENTRO GERONTOLÓGICO Y HOGAR).

**Periodo de conservación de los datos:** Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

**Legitimación del tratamiento de datos:** Consentimiento de las personas interesadas

**Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos:**

No se cederán datos salvo previsión legal

No se efectuarán transferencias internacionales

**Datos de carácter personal del tratamiento:**

Datos especialmente protegidos

- RELIGIÓN U OPINIONES RELIGIOSAS
- CREENCIAS O CREENCIAS FILOSÓFICAS

Datos de carácter identificativo:

- DNI / NIF, NOMBRE Y APELLIDOS, TELÉFONO

Datos de características personales:

- DATOS DE ESTADO CIVIL, DATOS DE FAMILIA, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, NACIONALIDAD, CARACT. FÍSICAS O ANTROPOMÉTRICAS

Datos de circunstancias sociales:

- CARACTERÍSTICAS DE ALOJAMIENTO, VIVIENDA, AFICIONES Y ESTILOS DE VIDA

Datos académicos y profesionales:

- FORMACIÓN, TITULACIONES, EXPERIENCIA PROFESIONAL

Datos de detalle de empleo:

- CATEGORIA / GRADO, PUESTOS DE TRABAJO

#### Derechos

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos.
- La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web:  
[www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)
- Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web:  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu>  
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Puede consultar el "Reglamento de la UPV/EHU para la Protección de Datos de carácter Personal" en la dirección de Internet [www.ehu.es/babestu](http://www.ehu.es/babestu)

#### FECHAS Y FIRMAS:

- **Investigador:**

*Nombre y Apellidos:* \_\_\_\_\_

*En* \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Firma:*

- **Persona que consiente:**

*Nombre y Apellidos:* \_\_\_\_\_

*En* \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Firma:*

**Anexo 24.** Protocolo de entrevistas de la muestra participante en la intervención en centros sociales de Portugalete.



Universidad del País Vasco  
Euskal Herriko Unibertsitatea



ASPALDIKO  
fundación-iraskundea



## **ANEXOS: HOJA DE ENTREVISTAS<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Todas las escalas y cuestionarios se encuentran validadas.

# ENTREVISTA 1

1. Mini-Examen Cognitivo (MEC) ----- Pág -
2. Índice de Barthel ----- Pág -
3. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) ----- Pág -
4. Variables Sociodemográficas ----- Pág -

**1. MINI-EXAMEN COGNITIVO (MEC)**

Fecha:

**1. ORIENTACIÓN:**

- . ¿En qué año estamos? ..... 1
- . ¿En qué estación del año estamos? ..... 1
- . ¿En qué día de la semana estamos?..... 1
- . ¿Qué día (número) es hoy?..... 1
- . ¿En qué mes estamos?..... 1
- . ¿En qué provincia estamos? ..... 1
- . ¿En qué país estamos? ..... 1
- . ¿En qué pueblo o ciudad estamos? ..... 1
- . ¿En qué lugar estamos en este momento? ..... 1
- . ¿Se trata de un piso o planta baja? ..... 1

**2. FIJACIÓN:**

Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta)

..... 3

Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que las aprenda.

Acuérdese de ellas porque se las preguntare dentro de un rato.

**3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:**

Si tiene 30 euros y me da 3, ¿cuantos le quedan?, ¿y si me da 3? (hasta 5 restas)

..... 5

Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda).

Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en núm. y orden) ..... 3

**4. MEMORIA:**

¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? ..... 3

**5. LENGUAJE Y CONSTRUCCION:**

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? ..... 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? ..... 1

Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABIAN CINCO PERROS" (si es correcta).. 1

- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

. ¿Qué son un gato y un perro? ..... 1

. ¿Y el rojo y el verde? ..... 1

- Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y PONGALO ENCIMA DE LA MESA.

(1 punto por cada acción correcta) ..... 3

Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos:

"CIERRE LOS OJOS" ..... 1

Ahora por favor escriba una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)...1

Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados

..... 1



<b>Total</b>
--------------

## 2. ÍNDICE DE BARTHEL

<b>ALIMENTACIÓN</b>		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita Ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
<b>BAÑO</b>		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
<b>VESTIRSE</b>		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita Ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
<b>ARREGLARSE</b>		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
<b>DEPOSICIONES</b>		
10	Independiente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	
<b>MICCIÓN</b>		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
<b>RETRETE</b>		

10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
<b>TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas</b>		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran Ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
<b>DEAMBULAR</b>		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita Ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

<b>TOTAL</b>	
--------------	--

### **3. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)**

La tabla que aparece en la esta misma página muestra varias creencias presentes sobre las personas mayores y el proceso de envejecer. Marque la casilla en relación al nivel de conformidad que muestre en cada una de las creencias de la tabla. Las numeraciones respecto a la conformidad de las creencias son las siguientes:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= Bastante en desacuerdo
- 3= Bastante de acuerdo
- 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
13. El deterioro cognitivo ( pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochlean"				

<b>CENVE TOTAL</b>	
--------------------	--

<b>Factor I: Salud</b>	
------------------------	--

<b>Factor II: Motivacional-Social</b>	
---------------------------------------	--

<b>Factor III: Carácter-Personalidad</b>	
--	--

**Factor 1: Salud → Ítems 1, 4, 7, 10 y 13**

**Factor 2: Motivacional-Social → Ítems 2, 5, 8, 11 y 14**

**Factor 3: Carácter-Personalidad → Ítems 3, 6, 9, 12 y 15**

#### 4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

– Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

– Sexo

Hombre                       Mujer

– Edad \_\_\_\_\_

– Estado Civil

Soltero/a                       Casado/a                       Separado/a  
 Viudo/a

– Nivel de Estudios

Sin Estudios                       E. Primarios                       E. Secundarios  
 E. Superiores

– Nivel Socioeconómico: \_\_\_\_\_

*Pensión media 01/06/2017 en España es de 894,13 €, posicione en uno de los 5 baremos:*

< 847,52 €                       847,52 € - 894,13 €                       894,14 € - 966,75€  
 > 966,75 €                       Sin Pensión                       No Sabe

– Profesión Ejercida durante más tiempo: \_\_\_\_\_

Duración (en años): \_\_\_\_\_

1º Sector                       2º Sector                       3º Sector                       Otros

– Edad de Jubilación: \_\_\_\_\_

<55 años                       55-59 años                       60-64  
 65-70                       >70                       Sin Jubilación

– Número de Hijos: \_\_\_\_\_

- 
- Número de Nietos: \_\_\_\_\_
- Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- CAPV                       Fuera de CAPV                       Fuera de España
- Actividades en las que participa actualmente en su centro social:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Práctica de Religiosidad Semanal:
- Nunca                       1 vez/semana                       >1 vez/semana
- Ocasionalmente
- Medicación: \_\_\_\_\_
- Enfermedades Crónicas: \_\_\_\_\_
- Datos Antropométricos:
- Talla: \_\_\_\_\_ m
- Peso: \_\_\_\_\_ kg
- IMC: \_\_\_\_\_
- Bajo peso (< 22)                       Normopeso (22-27)
- Sobrepeso (27-29,9)                       Obesidad (≥30,00)
- ¿Ha sido el cuidador principal de alguna persona mayor familiar directo suyo?:
- Nunca                       Si, pero ahora está institucionalizada
- Si, pero ya ha fallecido                       Si, pero a cargo de otra persona
- ¿Durante cuantos años ha sido el cuidador principal de esa persona?: \_\_\_\_\_
- < 5 años                       Entre 5 y 10 años
- Entre 10 y 15 años                       > 15 años

# ENTREVISTA 2

**1. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) ----- Pág -**

## **1. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)**

La tabla que aparece en la esta misma página muestra varias creencias presentes sobre las personas mayores y el proceso de envejecer. Marque la casilla en relación al nivel de conformidad que muestre en cada una de las creencias de la tabla. Las numeraciones respecto a la conformidad de las creencias son las siguientes:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= Bastante en desacuerdo
- 3= Bastante de acuerdo
- 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
13. El deterioro cognitivo ( pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"				

<b>CENVE TOTAL</b>	
--------------------	--

<b>Factor I: Salud</b>	
------------------------	--

<b>Factor II: Motivacional-Social</b>	
---------------------------------------	--

<b>Factor III: Carácter-Personalidad</b>	
--	--

**Factor 1: Salud → Ítems 1, 4, 7, 10 y 13**

**Factor 2: Motivacional-Social → Ítems 2, 5, 8, 11 y 14**

**Factor 3: Carácter-Personalidad → Ítems 3, 6, 9, 12 y 15**

# ENTREVISTA 3

1. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) ----- Pág -

## **1. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)**

La tabla que aparece en la esta misma página muestra varias creencias presentes sobre las personas mayores y el proceso de envejecer. Marque la casilla en relación al nivel de conformidad que muestre en cada una de las creencias de la tabla. Las numeraciones respecto a la conformidad de las creencias son las siguientes:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= Bastante en desacuerdo
- 3= Bastante de acuerdo
- 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
13. El deterioro cognitivo ( pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chocean"				

---

<b>CENVE TOTAL</b>	
--------------------	--

<b>Factor I: Salud</b>	
------------------------	--

<b>Factor II: Motivacional-Social</b>	
---------------------------------------	--

<b>Factor III: Carácter-Personalidad</b>	
--	--

**Factor 1: Salud → Ítems 1, 4, 7, 10 y 13**

**Factor 2: Motivacional-Social → Ítems 2, 5, 8, 11 y 14**

**Factor 3: Carácter-Personalidad → Ítems 3, 6, 9, 12 y 15**

Anexo 25. Sesión educativa del grupo experimental.



## DESMINTIENDO MITOS Y ESTEREOTIPOS DEL ENVEJECIMIENTO POR MEDIO DE LA EDUCACIÓN.

SESIÓN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Autores/as:

Borja Doncel García, Álvaro Mosquera Lajas, Izarne Lizaso Elgarresta y Jon Irazusta Astiazaran

## OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- **DESMENTIR** CREENCIAS ERRONEAS, MITOS Y/O ESTEREOTIPOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.
- **MEJORAR VUESTRA VISIÓN** SOBRE EL ENVEJECIMIENTO PARA LOGRAR ASÍ UN ENVEJECIMIENTO MÁS POSITIVO.

## ¿QUIÉNES SOMOS?

BORJA DONCEL GARCÍA

Enfermero en OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza.  
Doctorando en Investigación Biomédica, UPV/EHU (Leioa)



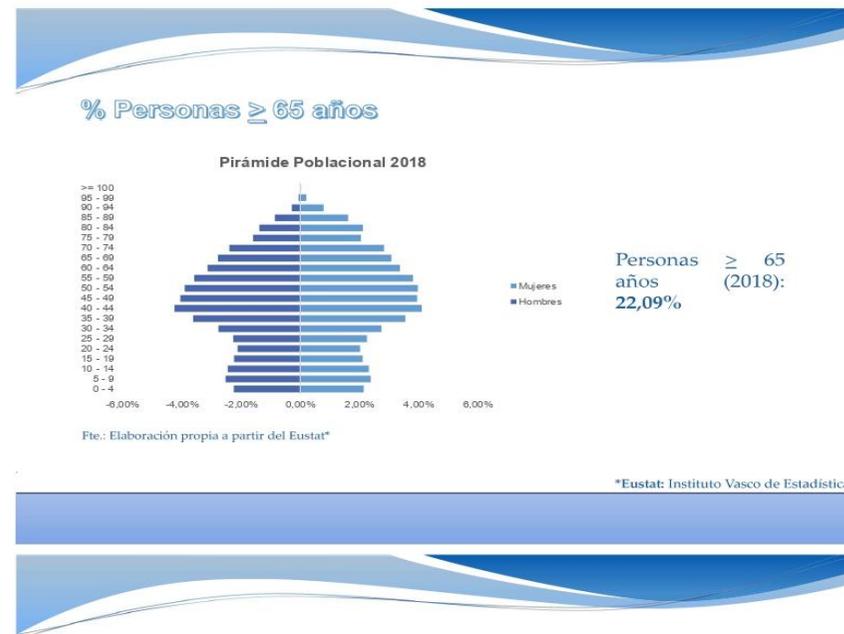
IZARNE LIZASO ELGARRESTA

Profesora Agregada del Dpto. de Procesos Psicológicos Básicos y su Desarrollo de la Facultad de Psicología, UPV/EHU (Donostia)



## ENVEJECIMIENTO EN EUSKADI





¿QUÉ EL EDADISMO?

\*RAE: Real Academia de la Lengua Española

## ¿RACISMO?

“Exacerbación del **sentido racial** de un grupo étnico que suele motivar la discriminación o persecución de otro u otros con los que convive” (RAE\*).



## ¿EDADISMO?

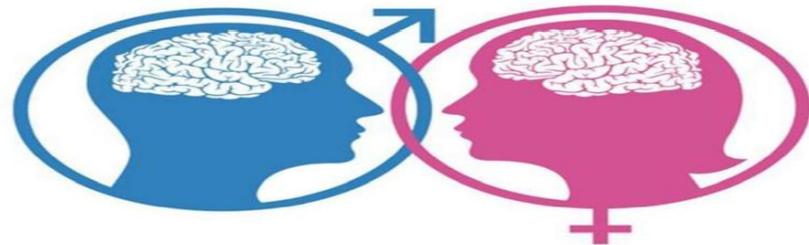
“Conjunto de **estereotipos sistemáticos y discriminatorios** contra las personas por el simple hecho de ser mayores, los cuales se ven reflejados a través de las **conductas** como son el desprecio, desagrado, insulto, indiferencia...”

*Butler, 1969*



## ¿SEXISMO?

“Discriminación de las personas por razón de sexo” (RAE).



Estereotipos implantados inconscientemente a temprana edad.

*Levy, 2004.*

Puede ser llevado a cabo por el mismo grupo de edad afectado.

*González et al, 1990.*

## EDADISMO

Tras el racismo y el sexismo, el edadismo es la tercera gran forma de discriminación.

*Butler y Stallar, 2002.*

La persona mayor puede adoptar la imagen negativa dominante y comportándose de acuerdo con esa imagen.

*Losada, 2004; Woolf, 1998.*



**CENVE**  
(Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez)

Sánchez, C., 2004

La tabla que aparece en la esta misma página muestra varias creencias presentes sobre las personas mayores y el proceso de envejecer. Marque la casilla en relación al nivel de conformidad que muestre en cada una de las creencias de la tabla. Las numeraciones respecto a la conformidad de las creencias son las siguientes:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= Bastante en desacuerdo
- 3= Bastante de acuerdo
- 4= Muy de acuerdo



	1	2	3	4
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"				

## CREENCIAS ERRONEAS, MITOS Y/O ESTEREOTIPOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

II. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.

- EL SEXO TIENE RELACIÓN CON LA SALUD, NO CON LA EDAD.
- EL SEXO SE MANTIENE A LO LARGO DE LA VIDA.
- FACTORES RELACIONADOS CON DETERIORO SEXUAL:
  - PÉRDIDA DE PAREJA
  - ENFERMEDADES CRÓNICAS
  - MEDICACIÓN
  - CAMBIOS FÍSICOS
  - INCAPACIDAD
- PUEDE DISMINUIR LA ACTIVIDAD/CAPACIDAD SEXUAL PERO NO EL DESEO.
- LA EDUCACIÓN PUEDE MEJORAR LA SITUACIÓN DE LA PAREJA MAYOR.

I. La mayoría de personas de 65 años de edad comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.

- MANTENIMIENTO DE LA MEMORIA A LARGO PLAZO Y PÉRDIDA LEVE DE LA DE CORTO PLAZO.
- RECUPERAN LA INFORMACIÓN OLVIDADA MÁS LENTAMENTE.
- DESARROLLAN HABILIDADES NUEVAS PARA SUSTITUIR A LAS PÉRDIDAS POR LA EDAD.
- PUEDEN SOLUCIONAR TAREAS MENTALES ADAPTADAS A SU EDAD IGUAL QUE LOS/AS JÓVENES.
- CADA VEZ MÁS MAYORES EN LA UNIVERSIDAD.

5,05% de personas en Europa (2017) padecen Alzheimer.

III. Las personas mayores se irritan con facilidad y son cascarrabias.

- DIFERENCIAS SEGÚN LA PERSONA.
- LA PERSONA MAYOR CASCARRABIAS PUEDE QUE TAMBIÉN LO HAYA SIDO DE JÓVEN.

*Palmore, E., 1977*

1. Más de la mitad de los mayores refirió no haberse irritado intensamente.
2. A mayor edad mayor es el porcentaje anterior.
3.  $\frac{3}{4}$  de los mayores indican no haberse enfadado muchísimo nunca.
4. 90% dice no haberse enfadado intensamente durante la última semana.

**¡MENTIRA!**

IV. La mayoría de personas de 65 años o más tienen alguna enfermedad mental grave que limita sus capacidades normales .

- 2-3% DE LOS MAYORES SON INSTITUCIONALIZADOS POR ESTOS PROBLEMAS. (1977).
- EN EUROPA (2017) ENTRE EL 19,5% - 30,4% DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS PADECEN TRASTORNOS MENTALES. LAS MÁS FRECUENTES FUERON:
  - ANSIEDAD 11,4%
  - TRASTORNOS AFECTIVOS 8%
  - CONSUMO DE SUSTANCIAS 4,6%
- ENTRE EL 0,1 Y EL 17,2% DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS PADECEN ANSIEDAD EN EUROPA (2019), DISMINUYENDO ESTOS CON LA EDAD.

**¡MENTIRA!**

VI. Las personas mayores se van haciendo más rígidas e inflexibles.

- SU PERSONALIDAD ES MÁS ESTABLE PERO SE ADAPTAN A SU ENTORNO:
  - JUBILACIÓN
  - MARCHA DE LOS HIJOS
  - VIUDEDAD
  - MUDANZAS
  - CAMBIO DE DOMICILIO
  - ENFERMEDADES
- MÁS EXPERIENCIA PARA ADAPTARSE.
- SU IDEOLOGÍA POLÍTICA CAMBIA, PERO MÁS DESPACIO.

**¡MENTIRA!**

V. Las personas mayores tienen menos amigos.

- EL NÚMERO DE AMIGOS SE RELACIONA CON LA PERSONALIDAD Y CAPACIDAD DE RELACIONARSE, NO CON LA EDAD.
- RED SOCIAL MENOS EXTENSA PERO DE MAYOR CALIDAD Y FIDELIDAD.
- PÉRDIDA DE FAMILIARES, AMIGOS O DE LA PAREJA.
- SE MANTIENEN ACTIVOS EN SUS CIRCULOS SOCIALES, PARTICIPANDO A SU VEZ EN MUCHAS ACTIVIDADES Y EN EL VOLUNTARIADO.

*Palmore, E., 1977*

2/3 mayores nunca se han sentido solos y no consideran la soledad un problema

**¡MENTIRA!**

VII. SALUD ESTABLE HASTA LOS 65 AÑOS Y FUERTE DETERIORO DE LA SALUD POSTERIOR.

- VEN SU SALUD DE FORMA POSITIVA.
- REFIEREN ESTAR MEJOR QUE LA GENTE DE SU EDAD.
- SE ADAPTAN A LAS ENFERMEDADES QUE PADECEN.

*Portal de Mayores, 2012*

¾ dicen tener una buena salud, y a pesar de sus enfermedades se conservan autónomos y pueden vivir solos.

¡FALSO!

VIII. A MEDIDA QUE LAS PERSONAS SE HACEN MAYORES VAN PERDIENDO INTERÉS POR LAS COSAS.

- SE ENFRENTAN DE MANERA EXITOSA AL ENVEJECIMIENTO.
- MÁS CONCIENCIA DE SU CAPACIDAD PARA DECIDIR CÓMO QUIEREN ENVEJECER Y HACERLO DE MANERA MÁS POSITIVA Y ACTIVA.
- DEDICAN MÁS TIEMPO AL VOLUNTARIADO QUE LOS JÓVENES ADULTOS Y LA GENTE DE MEDIANA EDAD (AUNQUE ESTA DISMINUYE A PARTIR DE LOS 80 AÑOS).

Palmore, 1977

¾ mayores les gustaría participar o participan en algún trabajo

¡FALSO!

X. LA MAYORÍA DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS TIENEN INCAPACIDADES QUE LES HACEN DEPENDIENTES.

- LOS MAYORES PADECEN UN NÚMERO ELEVADO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
- TRES DE CADA CUATRO DICEN TENER BUEN ESTADO DE SALUD
- BUEN NIVEL FUNCIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AVD



Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2013).

¡FALSO!

IX. LAS PESONAS MAYORES SON, EN MUCHAS OCASIONES, COMO NIÑOS.

- LA SIMPLIFICACIÓN, GESTICULAR EN EXCESO Y HABLARLES COMO SI FUERAN NIÑOS SE CONSIDERAN TAMBIÉN ACTITUDES DISCRIMINATORIAS.
- ¿IRRESPONSABLES?.
- ¿DEPENDIENTES?.
- ¿MENOR CAPACIDAD PARA EL DESEMPEÑO LABORAL? .

¡FALSO!

XI. A MEDIDA QUE LAS PERSONAS ENVEJECEN VAN PERDIENDO LA CAPACIDAD DE RESOLVER PROBLEMAS.

- MÁS ENFERMEDADES CRÓNICAS.
- LAS PERSONAS MAYORES SE ADAPTAN Y COMPENSAN SUS VIDAS.
- LAS PERSONAS MAYORES SON CAPACES DE ADAPTARSE A LOS CAMBIOS:

- La jubilación
- El nido vacío
- La viudedad
- Las mudanzas
- Las enfermedades graves
- (...)

¡FALSO!

**XII. LOS DEFECTOS DE LA GENTE SE AGUDIZAN CON LA EDAD**

- LA PERSONALIDAD PERMANECE ESTABLE EN EL CICLO VITAL.
- LA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS AUMENTA CON LA EDAD, siendo más frecuente en las personas del grupo de edad de 65 años o más y especialmente en mujeres.



- MAYOR CRONICIDAD: **ADAPTACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA AUTONOMÍA.**

¡FALSO!

**XIV. CASI NINGUNA PERSONA MAYOR DE 65 AÑOS REALIZA UN TRABAJO TAN BIEN COMO ALGUIEN MÁS JOVEN.**

- LAS PERSONAS MAYORES APRENDEN NUEVAS HABILIDADES (las nuevas tecnologías).
- PUEDEN SEGUIR REALIZANDO SU TRABAJO DE LA MISMA MANERA O MEJOR QUE LOS JÓVENES.
- LOS TRABAJADORES MÁS MAYORES SON LOS QUE MENOS AUSENTISMO LABORAL TIENEN Y MENOS ACCIDENTES LABORALES SUFREN.

accidentes de trabajadores entre 55-65 años fue del 8,9% del total, entre 25-34 años el 30% y entre 35 y 44 años el 21,7%.

Villar, F. y Triadó, C. (2000).

¡FALSO!

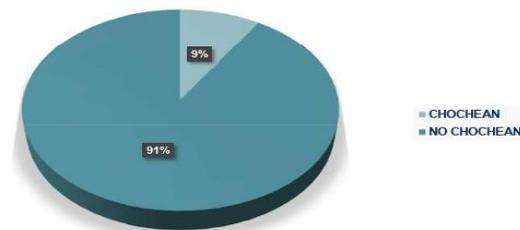
**XIII. LA PÉRDIDA DE MEMORIA, DESORIENTACIÓN, CONFUSIÓN... SON UNA PARTE INEVITABLE DE LA VEJEZ.**

- SEGÚN UN INFORME DE LA ASOCIACIÓN NORTEAMERICANA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (2014):
  - Un 11% de personas mayores de 65 años tienen la Enfermedad de Alzheimer.
  - 1/3 (el 32 %) de las personas mayores de 85 años tienen la Enfermedad de Alzheimer.

¡FALSO!

**XV. UNA GRAN PARTE DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS "CHOCHEAN"**

- OPINIÓN DE LOS PARTICIPANTES RESPECTO A ESTE ÍTEM CUANDO FUERON ENTREVISTADOS EN 2018 PARA LA TESIS DOCTORAL:



## EJEMPLOS VISUALES DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN

### IDEAS DESTACABLES DEL VIDEO 1

- **Estereotipo de persona mayor con deterioro cognitivo.**
- Estereotipo de mujer mayor de cuidado de la casa y difusión de la noticia (“cotilleo”).
- Aceptación de la sociedad de dicho estereotipo y no intervención hasta el último momento (todo el pueblo la sigue).
- “yo soy mucho más feliz siendo esto para vosotros” → ¿sentimiento de carga a la familia del mismo mayor/ aceptación del estereotipo por parte de la mujer mayor.
- Lado cómico del problema de la mujer mayor, dejando a un lado la tristeza evidente que provoca tanto en ella como en los hijos: “Anda que como nos toque mañana...”



### IDEAS DESTACABLES DEL VIDEO 2

- Persona mayor sin deterioro cognitivo y autónoma.
- Mujer mayor que ha trabajado en la industria y no solo en el hogar.
- Inconformismo con la situación actual de las pensiones de las personas mayores → “tengo 91 años, pero no soy gilipollas”; no tolera que no se tomen en serio a las personas por su edad y se les ridiculice.
- No se ve como una carga y hace alusión a la intergeneracionalidad; exige trabajo y mejores condiciones para la gente joven para mejorar así la situación de su grupo de edad.
- La actitud de la mujer mayor refleja el deseo de la mujer de evitar lo cómico y que se haga un análisis serio del tema a tratar.

## CONCLUSIONES

## ¿ALGUNA DIFERENCIA?

- EL ENVEJECIMIENTO ES UN PROCESO NATURAL DE LA VIDA.
- CADA PERSONA ENVEJECE DE MANERA DISTINTA.
- TODAS LAS PERSONAS MAYORES NO SON IGUALES (NINGUNA PERSONA SE REPITE).

- LA INVESTIGACIÓN DEMUESTRA QUE LAS CREENCIAS NEGATIVAS SOBRE LOS MAYORES Y EL ENVEJECER NO SON MÁS QUE MITOS.
- “SOMOS LO QUE NOS CREEMOS”; NO HACER CASO DE LOS MITOS.
- LA LUCHA DE LOS MAYORES EMPIEZAN POR ELLOS MISMOS; DIFUNDIR UNA VISIÓN REALISTA Y POSITIVA.



## Anexo 26. Sesión del grupo control.



## DESMINTIENDO MITOS Y ESTEREOTIPOS DEL ENVEJECIMIENTO POR MEDIO DE LA EDUCACIÓN.

SESIÓN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Autores/as:

Borja Doncel García, Álvaro Mosquera Lajas, Izarne Lizaso Elgarresta y Jon Irazusta Astiazaran

## OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- **VISUALIZAR** 2 SITUACIONES REFERENTES A LA **SEXUALIDAD** Y LA **DEMENCIA** EN 2 MATRIMONIOS MAYORES.
- **REALIZAR UNA REFLEXIÓN INDIVIDUAL/GRUPAL** SOBRE LA **SEXUALIDAD** Y LA **DEMENCIA** EN EL ENVEJECIMIENTO.

## ¿QUIÉNES SOMOS?

### BORJA DONCEL GARCÍA

Enfermero en OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza.  
Doctorando en Investigación Biomédica, UPV/EHU (Leioa)



### IZARNE LIZASO ELGARRESTA

Profesora Agregada del Dpto. de Procesos Psicológicos Básicos y su Desarrollo de la Facultad de Psicología, UPV/EHU (Donostia)

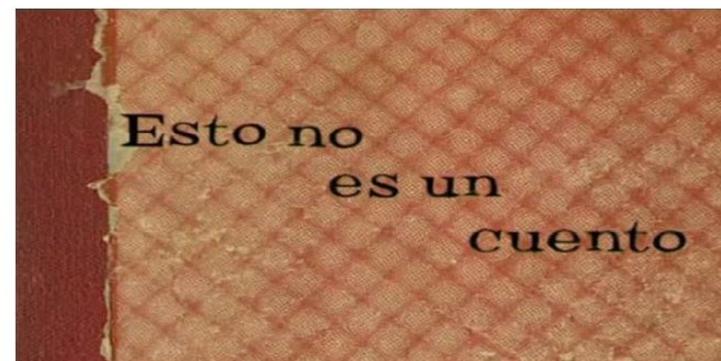


## TEMAS A TRATAR EN LA SESIÓN

- **SEXUALIDAD** EN LAS PERSONAS MAYORES
- **DETERIORO COGNITIVO** Y **DEMENCIAS** EN EL ENVEJECIMIENTO.

 **DISCUSIÓN GRUPAL**

## DEMENCIA



## SEXUALIDAD



## DISCUSIÓN

¿ESTAS PERSONAS SON CONSCIENTES?

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA FAMILIA?

¿QUIÉN DEBERÍA CUIDAR A LAS PERSONAS  
DEPENDIENTES?

## DEMENCIA

¿QUÉ OS HA PARECIDO EL CORTO?

¿CUÁL SU CONTENIDO PRINCIPAL?

¿CONOCÉIS CASOS CERCANOS CON  
PROBLEMAS DE MEMORIA, DESORIENTACIÓN  
O DETERIORO?

## SEXUALIDAD

¿QUÉ OS HA PARECIDO EL CORTO?

¿CUÁL SU CONTENIDO PRINCIPAL?

¿QUÉ ACTITUD TIENE EL HOMBRE Y CUAL LA  
MUJER? ¿DIFERENCIAS?

¿CONOCEIS EL CAMASUTRA? ¿DÓNDE  
HABÉIS OIDO HABLAR DE ÉL?

¿VUESTRA GENERACIÓN HA RECIBIDO  
ALGUNA EDUCACIÓN SEXUAL?

¿CREÉIS QUE HUBIERA SIDO  
IMPORTANTE RECIBIRLA?

¿OS HUBIERA CAMBIADO O  
INFLUÍDO? ¿EN QUÉ?



**Anexo 27. Resultados del modelo lineal generalizado sobre el análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento (CENVE) y variables sociodemográficas, clínicas, físicas, psicológicas y sociales según el lugar de residencia y el sexo.**

		Residentes en Centros Sociosanitarios						Residentes en el hogar					
		Muestra Total (N= 126)		Hombres (N= 48)		Mujeres (N= 78)		Muestra Total (N= 126)		Hombres (N= 48)		Mujeres (N= 78)	
		$\beta$	<i>p</i>	$\beta$	<i>p</i>	$\beta$	<i>p</i>	$\beta$	<i>p</i>	$\beta$	<i>p</i>	$\beta$	<i>p</i>
Edad		-0,035	0,646	-	-	-0,289	0,005	0,285	0,027	0,713	<0,001	-0,063	0,811
Sexo	Mujeres	-2,99	0,042					-	-				
	Hombres	Ref,						-	-				
Estado civil	Soltero/a	-	-	-	-	-3,862	0,064	-	-	-	-	-	-
	Casado/a	-	-	-	-	1,395	0,654	-	-	-	-	-	-
	Separado/a	-	-	-	-	-3,164	0,478	-	-	-	-	-	-
	Viudo/a	-	-	-	-	Ref,		-	-	-	-	-	-
Nivel educativo	Sin Estudios	-	-	-	-	-	-	5,175	0,029	-	-	17,353	<0,001
	Estudios Primarios	-	-	-	-	-	-	5,890	0,002	-	-	14,559	<0,001
	Estudios Secundarios	-	-	-	-	-	-	6,776	<0,001	-	-	12,532	<0,001
	Estudios Superiores	-	-	-	-	-	-	Ref,		-	-	Ref,	
Pensión de jubilación	< 847,52 €	-	-	-	-	-0,911	0,685	-3,695	0,015	-	-	-4,470	0,016
	847,52 - 966,75 €	-	-	-	-	-4,046	0,2	3,770	0,334	-	-	4,956	0,480
	> 966,75 €	-	-	-	-	Ref,		Ref,		-	-	Ref,	
Profesión	Agricultura	-5,932	0,293	11,521	<0,001	0,444	0,831	-	-	-	-	-	-
	Industria	-5,223	0,348	2,514	0,141	-3,203	0,102	-	-	-	-	-	-
	Servicios	-6,931	0,216	Ref,		-1,64	0,271	-	-	-	-	-	-
	Ama de casa	Ref,		-	-	Ref,		-	-	-	-	-	-
Edad de jubilación		-0,092	0,444	-	-	-	-	0,148	0,346	-	-	0,142	0,582
Nº hijos		-	-	-	-	0,249	0,749	-	-	-	-	-	-
Nº nietos		-	-	-	-	0,083	0,856	-0,008	0,980	-	-	-0,042	0,908

## Anexo 27 (Continuación)

Lugar de nacimiento	En la CAPV	0,685	0,608	-	-	-0,283	0,857	-3,549	0,007	-	-	-4,074	0,012
	Fuera de la CAPV	Ref,		-	-	Ref,		Ref,		-	-	Ref,	
Actividades <sup>a</sup> (sí/no)	Sí	-4,893	0,021	-9,389	0,024	-	-	-	-	-	-	-	-
	No	Ref,		Ref,		-	-	-	-	-	-	-	-
Nº actividades		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,034	0,958
Tiempo institucionalizado/a		0,512	0,011	0,444	0,021	0,144	0,522						
Religiosidad	Sí	-	-	-	-	-	-	-0,238	0,853	-	-	2,372	0,160
	No	-	-	-	-	-	-	Ref,		-	-	Ref,	
Nº fármacos		-	-	-	-	-	-	0,126	0,630	-	-	-0,185	0,608
Nº Enfermedades crónicas		-	-	-	-	-	-	-	-	0,834	0,018	-	-
Peso (kg)		0,015	0,856	-	-	0,008	0,941	-	-	-	-	-	-
IMC		0,091	0,665	-	-	0,001	0,996	-0,145	0,378	-	-	-0,023	0,899
Cuidador/a de algún familiar	Sí	-	-	-	-	-	-	3,355	0,014	-	-	2,601	0,139
	No	-	-	-	-	-	-	Ref,		-	-	Ref,	
Lawton & Brody		-1	0,006	-1,441	0,009	-	-	-1,223	0,312	-	-	-	-
Dinamometría manual (derecha)		-	-	-	-	-	-	0,147	0,444	0,190	0,016	-0,004	0,991
Dinamometría manual (izquierda)		-	-	-	-	-	-	-0,063	0,750	-	-	-0,241	0,456
Categorías SPPB	Limitación severa (0-3)	-3,758	0,164	-	-	-1,383	0,668	-	-	-	-	-	-
	Limitación moderada (4-6)	-4,361	0,053	-	-	0,241	0,941	-	-	-	-	-	-
	Limitación leve (7-9)	-4,683	0,039	-	-	-3,256	0,341	-	-	-	-	-	-
	Limitación mínima (10-12)	Ref,		-	-	Ref,		-	-	-	-	-	-
Velocidad de la marcha (m/s)		-	-	-	-	-	1,071	0,542	-0,142	0,910	3,403	0,167	
Silla (s)		-	-	-	-	-	-	0,034	0,865	-	-	-0,202	0,399

**Anexo 27** (Continuación)

Tilburg	-	-	-	-	0,104	0,791	-	-	0,020	0,953	-	-
Categorías Tilburg	No fragilidad (0-5)	-	-	-	-	-	2,674	0,191	-	-	2,117	0,416
	Fragilidad (5 o más)	-	-	-	-	-	Ref,		-	-	Ref,	
EADG	-	-	-	-	-	-	-	-	1,259	<0,001	-	-
EADG ansiedad	0,186	0,418	-0,795	0,201	0,022	0,934	0,209	0,529	-	-	-0,503	0,180
EADG depresión	0,508	0,084	0,32	0,611	0,268	0,362	0,494	0,237	-	-	0,470	0,343
COOP/WONCA	-	-	-	-	-	-	0,447	0,055	-	-	0,793	0,003
De Jong Gierveld	-	-	-	-	-	-	-0,135	0,694	-	-	-0,530	0,184

*Nota:* CENVE = Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez; N° = Número; CAPV = Comunidad Autónoma del País Vasco; IMC = Índice de masa corporal; SPPB = Short Physical Performance Battery; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

<sup>a</sup>Actividades ofertadas por los centros sociosanitarios y centros sociales. Varios ejemplos son psicoestimulación, participación social, rehabilitación y actividades recreativas en el primer caso, y psicomotricidad, relajación, memoria, lectoescritura, voluntariado, salidas y actividades recreativas en el segundo.

Ref.: Categoría de Referencia.

