

Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP

Ageism: analysis of aging negative stereotypes in primary care professionals

AUTORES

Iglesias-Gómez, Rosalía¹, Álvarez-Estévez, Lara², González-Rodríguez, Cloe³, Amaro-Vázquez, Noemi⁴, Rodríguez-Pastoriza, Sara⁵, Sánchez-Sánchez, Néstor J.⁶, Hernández-Gómez, Mercedes A.^{4,5}

¹ CS Pintor Colmeiro, Vigo.

² CS Taboada Leal, Vigo.

³ CS Tui.

⁴ CS Novoa Santos, Ourense.

⁵ Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) Galicia Sur, Vigo.

⁶ CS Castro Caldelas.

Autor para correspondencia: Néstor J. Sánchez Sánchez. E-MAIL: njsanchezs@gmail.com

Resumen

Título: Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP.

Objetivo: Conocer los estereotipos negativos hacia la vejez entre profesionales sanitarios y no sanitarios de atención primaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante encuestas.

Emplazamiento: Atención primaria de las áreas sanitarias de Vigo y Ourense, entre febrero y marzo de 2022.

Método/Mediciones: Estereotipos negativos hacia la vejez medido con Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE-R). Como variables que pudieran influir en ellos se consideraron sociodemográficas (sexo, edad, estudios, categoría profesional, tiempo de trabajo, contacto con personas mayores y ámbito laboral) y rasgos de personalidad.

Resultados: Se analizan datos de 347 profesionales. El 9,2% (IC95%, 6,39 a 12,77) de los encuestados presentaron estereotipos negativos, el 1,7% (IC95%, 0,64 a 3,73) positivos, siendo 30 la mediana de puntuación en CENVE-R. Según el modelo de regresión lineal multivariante para CENVE-R, fueron significativos el contacto previo y la extraversión.

Conclusiones: El edadismo tiene una importante prevalencia entre profesionales sanitarios. Es necesario mejorar la formación y la investigación en envejecimiento en profesionales del ámbito sociosanitario.

Palabras clave: Prejuicio; Atención Primaria de Salud; Desigualdades en Salud.

Abstract

Title: Ageism: analysis of aging negative stereotypes in primary care professionals.

Objectives: To know the elderly negative stereotypes among health and non-health primary care professionals.

Design: Cross-sectional descriptive study by survey.

Site: Primary care in Vigo and Ourense, between February and March 2022.

Measurements/Methods: Elderly negative stereotypes questionnaire (CENVE-R). Sociodemographic variables (sex, age, studies, professional category, working time, contact with the elderly and work environment) and personality traits which could influence on the stereotypes.

Results: Survey from 347 participants were analyzed. 9.2% (IC95%, 6.39 a 12.77) of the professionals have negative stereotypes, 1.7% (IC95%, 0.64 a 3.73) positive, 30 is the median score in CENVE-R. According to the multivariate linear regression model for CENVE-R as an outcome variable, prior contact and extraversion were significant.

Conclusions: Ageism has an important prevalence among health professionals. It is necessary to improve training and research on aging in social-health professionals.

Keywords: *Prejudice; Primary Health Care; Health Inequalities.*

INTRODUCCIÓN

Edadismo es un concepto introducido por R. Butler (1) que se refiere a los estereotipos hacia una persona por cuestión de edad (2-8).

En la actualidad, se evidencia un envejecimiento de la población. Sin embargo, son pocas las políticas para trabajar la discriminación por edad (1,4,6,8). En el caso de los ancianos, el edadismo implica una serie de estereotipos que pueden ser positivos, como el prestigio o la sabiduría, pero que en general son negativos y se relacionan con la salud (tanto física como mental), discapacidad, falta de intereses y de motivaciones vitales, desvinculación social, inactividad o inutilidad.

Esto supone un problema, puesto que no se corresponden con los hallazgos científicos sobre la vejez y tienen un gran impacto en cómo la sociedad mira y trata a los ancianos, lo que lleva a perpetuar conductas paternalistas, de infantilización o institucionalización que perjudican su bienestar y que retroalimentan los estereotipos. Además, afectan al autoconcepto de las personas mayores que pueden actuar ajustándose a los mismos (2), perjudicando su salud y bienestar siendo un obstáculo a la hora de formular políticas eficaces y adoptar medidas sobre el envejecimiento saludable (4,6).

La OMS, en la Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre el Envejecimiento y la Salud, mediante el Decenio de Envejecimiento Saludable (2021-2030) (9), así como el Ministerio de Sanidad de nuestro país, dentro de la Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud en el SNS (10) reconocen estas preocupaciones. Recientemente, el grupo de trabajo (GdT) de Atención al Mayor de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC) ha publicado un artículo donde se proponen 5 líneas para combatir el edadismo (4).

La discriminación por edad hacia las personas mayores, en el sector de la salud, se considera un problema, y provoca una atención de menor calidad (1,6,11,12). Este hecho ha sido señalado durante la pandemia de la COVID-19, puesto que se ha incluido a los mayores en el grupo vulnerable sin tener en cuenta sus características individuales, provocando un aislamiento social hacia estas personas. Además, se han empleado de manera independiente criterios como la edad cronológica para determinar acciones clínicas (4,13).

En enfermedades relacionadas con la edad avanzada, puede ocurrir la llamada “discriminación por edad compasiva” o, por el contrario, incluso puede existir una “discriminación por edad irónica”, en la que la persona padece una enfermedad asociada a edades más tempranas. Además, otros determinantes como la edad, el género, la orientación sexual o la pobreza pueden agravar los estereotipos hacia los mayores. La discriminación por edad es un determinante social de la salud, que genera desigualdades (11) y es de vital importancia identificar conductas edadistas para poner en marcha acciones de prevención de la discriminación por edad en los trabajadores de la sanidad (1,3,4,9,10,13).

La reducción de la discriminación por edad tendría beneficios económicos para la sociedad y beneficios para la salud de las personas mayores, ya que se suman los derivados de las consecuencias de una autopercepción negativa asociada a la edad, los derivados de los estereotipos negativos y los de la discriminación en la atención médica (6). El edadismo se genera de manera inconsciente y requiere ser identificado para poder ser combatido por su impacto negativo en la longevidad, el bienestar, el estilo y los hábitos de vida, el cumplimiento de tratamiento, las enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo y funcional y la mayor incidencia de agudizaciones y hospitalizaciones (5).

Es necesario contar con instrumentos validados para medir la prevalencia de la discriminación por edad en ancianos, debido a las consecuencias que tiene para la salud y al rápido envejecimiento de la población (3). Entre estos instrumentos se encuentra el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE-R), que es una escala que se utiliza para evaluar estereotipos hacia la vejez y está validado en español. Consta de 15 ítems con estructura unifactorial que presenta buenas propiedades psicométricas, además de una buena finalidad (14).

Por todo ello, nos proponemos analizar los estereotipos negativos hacia la vejez entre profesionales sanitarios y no sanitarios de atención primaria (AP) mediante la escala CENVE-R y comprobar si existen diferencias de percepción hacia los adultos mayores por categoría profesional, sexo, edad, nivel de estudios, contacto estrecho con adultos mayores y rasgos de personalidad a través de la escala TIPI (15,16).

MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal por cuestionario anónimo.

Se siguieron recomendaciones de las Directrices Para La Comunicación De Estudios Observacionales (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) en su diseño (17).

Ámbito

Atención Primaria de las áreas sanitarias de Vigo y Ourense, 43 y 27 centros de salud respectivamente.

Participantes

Participaron en el estudio 2.503 profesionales de las áreas de Vigo y Ourense.

Variables

El cuestionario CENVE-R (Anexo I) se seleccionó como variable de resultado. Es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar estereotipos hacia la vejez en España. Consta de 15 ítems con estructura unifactorial que mostraron buenos resultados psicométricos. Además, demostró ser un instrumento invariante según la edad y el género, lo que permite la comparación entre grupos. El formato de respuesta es un Likert de 4 pasos que va desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” (14). Se considera estereotipo negativo cuando la puntuación del CENVE-R se encuentra entre 37.5 y 60, neutral entre 15.5 y 37 y positivo 15 (18).

Como variables independientes se consideraron sociodemográficas y rasgos de personalidad. Entre las sociodemográficas, edad (años), sexo (mujer, hombre, no sabe/no contesta), nivel de estudios (secundario, medio (bachillerato/ ciclo medio), superior no universitario, superior universitario), categoría profesional (enfermero, médico, PSX (personal de gestión), trabajador social, fisioterapeuta, técnico cuidados auxiliar enfermería (TCAE), higienista dental, farmacéutico/a, odontólogo/a, matrona, otros, residente), tiempo trabajado en esta profesión (años), contacto familiar/amistoso con personas mayores (sí/ no).

Para rasgos de personalidad, se utiliza la escala Ten - Item - Personality – Inventory (TIPI). Se trata de un instrumento de personalidad que mide las dimensiones del Five Factor Model (FFM) utilizando 10 elementos, dos por cada dimensión: extraversión, afabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y apertura. Se puede administrar en aproximadamente un minuto. Utiliza una escala Likert de 1 a 7, siendo 1 muy de acuerdo y 7 muy en desacuerdo (15,16).

Fuentes de datos y medición

Se diseñó un cuestionario online con RedCap, software libre de captura de datos electrónicos para investigación alojado en un servidor del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (19,20).

Se remitió por correo electrónico, con un mensaje solicitando la participación, en dos oleadas: febrero 2022 y marzo 2022. En el caso de Vigo, con la colaboración de la Dirección del Área. La carta de presentación se incluye en el anexo.

Tamaño del estudio

Aceptando un riesgo alfa de 0,95 para una precisión de +/- 0,05 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0,5, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 334 sujetos, asumiendo que la población es de 2.503 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 0%. Muestra calculada con la calculadora online OpenEpi.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describen a través de frecuencias y porcentajes. En las cuantitativas, se comprueba normalidad, presentando media/desviación estándar o mediana/percentiles 25 y 75, según la distribución sea normal o no.

En el análisis bivariante, se usa el test chi-cuadrado o el test exacto de Fisher y test U de Mann-Whitney o t-Student, según corresponda. Se considera la significación estadística para valores de p menores de 0,05.

Para analizar las variables independientes que puedan influir en el edadismo se utiliza la regresión lineal multivariante, con la función step() del paquete stats, que selecciona el modelo con menor AIC. El software estadístico empleado es R Studio versión 4.1.3.

RESULTADOS

Participantes

De la población de 2.503 profesionales, respondieron 353 individuos totales, suponiendo un 14,10 %. Se excluyeron 4 por no haber completado el formulario CENVE-R y 2 por no haber completado el formulario TIPI. Finalmente se analizaron 347 profesionales, 255 del área sanitaria de Vigo, 81 del área sanitaria de Ourense y 11 con área desconocida.

Descriptivo de datos

Los resultados por género, nivel de estudios, categoría profesional, contacto familiar/amistoso con personas mayores, edad, área sanitaria, años trabajados, edad, CENVE-R, extraversión, afabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y apertura se presentan en la Tabla 1.

Respecto a la prevalencia del CENVE-R fue de 9,22% (IC95%: 18,5 a 21,3), siendo negativos el 9,2% (IC95%: 6,39 a 12,77), y el 1,73% (IC95%: 0,64 a 3,73) presentan estereotipos positivos y el 89,05% (IC95%: 85,28 a 9,13) son neutrales.

Se realizó un análisis bivariante con la variable género, llevando a cabo contrastes no paramétricos U de Mann-Whitney y test chi-cuadrado para estudiar la existencia de diferencias significativas entre los géneros. Solo uno de los pacientes tenía género desconocido, por lo que por protección de datos y para evitar la distorsión del análisis bivariante se excluyó del análisis esta observación. Los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 2. Solo la edad presentó diferencias significativas por sexo.

Se construyó un modelo de regresión lineal para la variable respuesta CENVE-R, siendo variables predictoras: género, edad, años trabajados, nivel de estudios, categorías profesionales, contacto familiar/amistoso con personas mayores, área sanitaria y TIPI. En la Tabla 3 se recogen las estimaciones de los coeficientes asociadas del modelo resultante siguiendo la metodología comentada previamente. Finalmente, se mantienen en el modelo como variables predictoras, años trabajados, contacto familiar/amistoso con personas mayores, extraversión, afabilidad y área sanitaria. Las predictoras que resultaron significativas fueron contacto familiar/amistoso con personas mayores (84, 46; IC95%: 1,82 a 3930,42) y extraversión (1,10; IC95%: 0,34 a 1,85). A mayor extraversión, mayor CENVE-R.

Finalmente se realizaron las transformaciones exponenciales de las estimaciones de los coeficientes asociados a las variables cualitativas para obtener así los odds ratio (OR). Estos valores se recogen en la Tabla 4, con los intervalos de confianza correspondientes.

DISCUSIÓN

El 9,2% (IC95%: 6,39 a 12,77) de los encuestados presentaron estereotipos negativos, el 1,7% (IC95%: 0,64 a 3,73) positivos, siendo 30 la mediana de puntuación en CENVE-R. Según el modelo de regresión lineal multivariante para CENVE-R, fueron significativos el contacto previo contacto familiar/amistoso con personas mayores (84, 46; IC95%: 1,82 a 3930,42) y la extraversión (1,10; IC95%: 0,34 a 1,85) como rasgo de personalidad.

En nuestro trabajo aproximadamente el 11% de los profesionales tienen estereotipos respecto a la edad avanzada, aunque predominan los neutrales. La OMS advierte que aproximadamente el 50% de la población mundial tiene actitudes edadistas (9). El edadismo está normalizado socialmente y tiene consecuencias en la atención sanitaria (4-7, 21-23). El objetivo de este trabajo es analizar este problema en profesionales de Atención Primaria-AP en dos áreas sanitarias de Galicia.

A pesar de la importancia del tema, los instrumentos para evaluar los estereotipos negativos sobre la vejez son escasos (3). El Aging Semantic Differential está desactualizado, la escala de Kogan tiene problemas en dos subescalas y el Facts on Aging Quizzes de Palmore dificultades para evaluar resultados (24). Esto justifica que se haya utilizado la escala CENVE-R que es un buen instrumento de evaluación, está validada para aplicar en distintas edades y permite relacionar el edadismo con índices sociodemográficos como edad, género, estudios y contacto intergeneracional, lo utilizamos con una única puntuación global, que indica unos estereotipos viejistas más acentuados cuanto más elevado sea el valor obtenido (2,14). Utilizamos la escala TIPI también validada al español para valorar la influencia de la personalidad del entrevistado (15,16).

Como ya hemos mencionado se estima que cerca de la mitad de la población mundial tiene actitudes edadistas (9), en nuestro caso la mayor parte de los entrevistados son neutrales. Las referencias encontradas son variables, porque se utilizan diferentes escalas, y por la variabilidad sociodemográfica (2,3,7,25,26). Es posible que el planteamiento deba ir más allá de la simple relación positiva o negativa y convenga realizar un análisis conjunto con otros indicadores para examinar su influencia compartida (2, 27). A este respecto, en el análisis multivariante efectuado en este trabajo, sólo el tiempo trabajado y rasgos de carácter como la afabilidad de la escala TIPI presentan una influencia significativa, ajustando por las demás variables independientes. A menor número de años trabajados mayor puntuación en la escala CENVE-R y, por tanto, mayor edadismo.

A diferencia de otros estudios, no encontramos diferencias por sexo en el comportamiento edadista, ni en el análisis bivariante ni en el multivariante. En el trabajo de Menéndez los análisis multivariantes efectuados muestran una interacción entre la edad y el sexo, las mujeres tienen menos estereotipos negativos que los hombres entre los 30 y 40 años, pero esta tendencia se invierte a partir de esta edad (2).

El nivel educativo es relevante a la hora de explicar las concepciones negativas en jóvenes y adultos sobre las personas mayores. Las personas con mayor nivel de formación presentan, en general menor grado de estereotipos edadistas (2, 25), lo cual puede explicar la baja prevalencia de edadismo en este trabajo, ya que más del 90% de profesionales eran universitarios.

Concluimos la necesidad de formación e investigación en edadismo. En la formación sanitaria no existe formación reglada en temas de envejecimiento, a pesar de que este conocimiento es predictivo de menor ansiedad en la atención a personas mayores (22,26). Es necesario mejorar el nivel de formación sobre envejecimiento en los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, para considerar a las personas independientemente de su edad, de forma global “biopsicosocial” y heterogénea, desarrollar intervenciones cuyo objetivo sea cambiar de actitudes y creencias (2,8,12,24,28-32). Si conseguimos aprender a identificar el edadismo estaremos luchando contra una forma de maltrato. Se necesita investigar para ser conscientes de esta lacra y evaluar los efectos de intervenciones realizadas en contextos reales (3,4,12,23,26,29,30,33). La atención comunitaria es fundamental en AP para fomentar el contacto intergeneracional como recurso activo, reducir el edadismo y otras desigualdades sociales (4).

Impacto clínico. La escala CENVE-R es sencilla, bien aceptada y puede utilizarse para valorar el resultado de la intervención. La simple participación en estudios de este tipo ayuda a tomar conciencia de este tipo de discriminación. Tal como recomendamos desde el grupo de trabajo de atención al mayor de semFYC (4) se debe potenciar la investigación y promover intervenciones intergeneracionales.

Limitaciones y fortalezas.

Como principal limitación, la baja participación, sólo de 14,10 %. Aunque es superior al tamaño muestral calculado, no podemos descartar un sesgo de selección. También puede haber fatiga de los profesionales en la respuesta a encuestas, especialmente desde la pandemia de COVID-19; y la posibilidad de responder está influenciada también por la sobrecarga de las agendas de los profesionales.

Para captar atención, se envió un correo con las imágenes del equipo (anexo 1-2) en ambas áreas con imágenes de residentes de enfermería y medicina. Esto puede haber condicionado también la mayor representación de perfiles universitarios y de enfermería en las respuestas.

Como fortaleza, destacamos que no hemos encontrado ningún estudio donde se relacione la respuesta al cuestionario con los rasgos de personalidad del entrevistado.

Tabla 1. Análisis descriptivo de los participantes

	Overall *	NA
N	347	
Género		
Femenino	279 (80,40 %)	
Masculino	67 (19,31 %)	
Desconocido	1 (0,29 %)	
Nivel de estudios		
Secundario	2 (0,58 %)	
Medio	16 (4,61 %)	
Superior no universitario	13 (3,74 %)	
Superior universitario	316 (91,07 %)	
Categ. Profesional		
Enfermero	133 (38,33 %)	
Médico	135 (38,90 %)	
Otros	27 (7,78 %)	
PSX	22 (6,34 %)	
Residente	30 (8,65 %)	
Contacto		
No	335 (96,54 %)	
Sí	12 (3,46 %)	
Área		11
Ourense	81 (26,47 %)	
Vigo	225 (73,53 %)	
Años Trabajados	26,00 (11/33)	5
Edad	52,00 (38/60)	
Cenve total	30,00 (25/33)	
Cenve salud	10,00 (8/11)	
Cenve motivacional-social	11,00 (9/12)	
Cenve carácter-personalidad	10,00 (8/11)	
Extraversión	6,00 (5/6)	
Afabilidad	6,00 (5/6)	
Responsabilidad	6,00 (5/6)	
Estabilidad emocional	6,00 (5/6)	
Apertura	6,00 (5/6)	

* Los datos son mediana (P_{25}/P_{75}) o número (%).

Tabla 2. Análisis bivariante por género

Género	Femenino#		Masculino#		NA	p
Edad	279	52,00 (37/58,5)	67	56,00 (40/62)		0,038*
Nivel de estudios						0,994
Secundario	2	(0,72)	0	(0,00)		
Medio	13	(4,66)	3	(4,47)		
Superior no univ.	11	(3,94)	2	(2,99)		
Superior univ.	253	(90,68)	62	(92,54)		
Años trabajados	279	25,00 (10/32)	5	67	30,00 (11/35)	0,091
Contacto						0,135
Sí	272	(97,49)	62	(92,54)		
No	7	(2,51)	5	(7,46)		
Categoría profesional						0,097
Enfermero	117	(41,94)	16	(23,88)		
Médico	99	(35,48)	35	(52,24)		
PSX	15	(5,38)	7	(10,45)		
Residente	24	(8,60)	6	(8,96)		
Otros	24	(8,60)	3	(4,48)		
Cenve	279	30,00 (26/33)	67	29,00 (24/32)		0,212
Extraversión	279	5,50 (5/6)	67	5,50 (5/6)		0,896
Afabilidad	279	5,50 (5/6)	67	6,00 (5/7)		0,855
Responsabilidad	279	5,50 (5/6)	67	5,50 (5/6)		0,152
Estabilidad emocional	279	6,00 (6/7)	67	6,00 (6/7)		0,666
Apertura	279	5,50	67	5,50 (5/6)		0,677
Área			7		4	0,144
Ourense	60	(22,06)	21	(33,33)		
Vigo	212	(77,94)	42	(66,77)		

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ # Datos como mediana (P_{25}/P_{75}) o número (%).

Tabla 3. Regresión lineal multivariante con variable respuesta CENVE-R

	CENVE total
Intercepto	43,45*** (3,60)
Años trabajados	-0,07** (0,03)
Contacto (Sí)	2,85 (1,93)
Extraversión	-0,84 (0,52)
Afabilidad	-1,52** (0,55)
Área (Vigo)	1,23 (0,81)
R ²	0,08
Adj. R ²	0,06
Num. obs.	336

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabla 4. Odds ratio e intervalos de confianza para las variables predictoras cualitativas

	OR	IC (95 %)
Contacto (Sí)	17,29	(0, 387, 771, 512)
Área (Vigo)	3,42	(0, 702, 16, 790)

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: La presente investigación no recibió ayudas específicas de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de los autores: Todos los autores hemos contribuido sustancialmente en la idea, diseño, análisis de datos y la interpretación de resultados; en la redacción del artículo y la aprobación de la versión final del mismo.

Agradecimientos: A los profesionales de las áreas sanitarias de Vigo y Ourense.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson DM, Nam MA, Murphy J, Victorino JP, Gondim EC, Low G. A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *J Clin Nurs*. 2017;26(23–24):3881–92.
2. Menéndez Álvarez-Dardet S, Cuevas-Toro AM, Pérez-Padilla J, Lorence Lara B. Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2016;51(6):323–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.003>
3. Ayalon L, Dolberg P, Mikulionienė S, Perek-Białas J, Rapolienė G, Stypinska J, et al. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Res Rev [Internet]*. 2019;54(April):100919. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>
4. Hernández Gómez MA, Sánchez Sánchez NJ, Fernández Domínguez MJ. Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores [Analysis of ageism during the pandemic, a global elder abuse]. *Aten Primaria*. 2022 Jun;54(6):102320.
5. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(1):1–24
6. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kanno S, Wang SY. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist*. 2020;60(1):174–81
7. Senger E. Ageism in medicine a pressing problem. *CMAJ*. 2019 Jan 14;191(2):E55-E56. doi: 10.1503/cmaj.109-5698. PMID: 30642830; PMCID: PMC6333540.
8. Zhong S, Lee C, Foster MJ, Bian J. Intergenerational communities: A systematic literature review of intergenerational interactions and older adults' health-related outcomes. *Soc Sci Med [Internet]*. 2020;264(September):113374.
9. World Health Organization. Global report on ageism [Internet]. Ginebra: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
10. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bien Social. Promoción del buen trato. Prevención del edadismo [Internet]. España: 2021. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/BuenTrato_Edadismo.htm
11. Kagan SH, Melendez-Torres GJ. Ageism in nursing. *J Nurs Manag*. 2015;23(5):644–50
12. Shimizu Y. An Overlooked Perspective in Psychological Interventions to Reduce Anti-elderly Discriminatory Attitudes. *Front Psychol*. 2021;12:2019–21

13. Tarazona-Santabalbina FJ, de la Cámara de las Heras JM, Vidán MT, García Navarro JA. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and ageism: a narrative review of the literature. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2021;56(1):47–53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002>
14. Rosell J, Vergés A, Torres Iribarra D, Flores K, Gómez M. Adaptation and psychometric characteristics of a scale to evaluate ageist stereotypes. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Sep-Oct;90:104179. doi: 10.1016/j.archger.2020.104179. Epub 2020 Jul 11. Erratum in: *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Nov - Dec;91:104248. PMID: 32683087.
15. Romero E, Villar P, Gómez-Fraguela JA, López-Romero L. Measuring personality traits with ultra-short scales: A study of the Ten Item Personality Inventory (TIPI) in a Spanish sample. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2012;53(3):289–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.035>
16. Renau Ruiz V, Oberst U, Gosling S, Rusiñol J, Chamarro Lusa A. Translation and validation of the Ten-Item-Personality Inventory into Spanish and Catalan. *Aloma Rev Psicol ciències l'educació i l'esport Blanquerna*. 2013;0(31(2)):85-97.
17. von Elm Erik, Altman Douglas G., Egger Matthias, Pocock Stuart J., Gøtzsche Peter C., Vandembroucke Jan P.. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit* [Internet]. 2008 Abr [citado 2022 Jul 11]; 22(2): 144-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000200011&lng=es.
18. León S, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools. *Gerodontology*. 2015 Jun;32(2):141-8. doi: 10.1111/ger.12065. Epub 2013 Jul 4. PMID: 23822151
19. PA Harris, R Taylor, R Thielke, J Payne, N Gonzalez, JG. Conde, Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, *J Biomed Inform*. 2009 Apr;42(2):377-81.
20. PA Harris, R Taylor, BL Minor, V Elliott, M Fernandez, L O'Neal, L McLeod, G Delacqua, F Delacqua, J Kirby, SN Duda, REDCap Consortium, The REDCap consortium: Building an international community of software partners, *J Biomed Inform*. 2019 May 9 [doi: 10.1016/j.jbi.2019.103208]
21. D'cruz M, Banerjee D. 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Res*. 2020;292
22. Miller E. Ageism as a Species of Bias. *AMA J Ethics*. 2020 Sep 1;22(9):E814-815. doi: 10.1001/amajethics.2020.814. PMID: 33009781
23. Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr*. 2018 Sep 20;18(1):220
24. Nunes C, Menéndez S, Martins C, Martins H. Psychometric properties of the Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire (CENVE) among a sample of Portuguese adults. *Psicol Reflex Crit* . 2018;31(1):3. doi:10.1186/s41155-018-0085-0.
25. Portela, A. Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. 2016;2(1),3-13

26. Donizzetti AR. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 13;16(8):1329.
27. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7).
28. Sarabia CM, Castanedo C. Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*. 2015; 26: 10-12
29. Muntsant A, Ramírez-Boix P, Leal-Campanario R, Alcaín FJ, Giménez-Llort L. The spanish intergenerational study: Beliefs, stereotypes, and metacognition about older people and grandparents to tackle ageism. *Geriatr*. 2021;6(3)
30. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2019;109(8):E1–9
31. Rosa Hernandez GB, Murray CM, Stanley M. An intergenerational playgroup in an Australian residential aged-care setting: A qualitative case study. *Heal Soc Care Community*. 2020;1–10
32. Canedo-García A, García-Sánchez JN, Díaz-Prieto C, Pacheco-Sanz DI. Evaluation of the benefits, satisfaction and limitations of intergenerational face-to-face activities: A general population survey in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18).
33. Lorente Martínez R, Brotons Rodes P, Sitges Macià E. Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional? *Cuad Pedagog Univ*. 2020;17(33):6–16

ANEXO I. Escala CENVE

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo 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	1	2	3	4
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo	1	2	3	4
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"	1	2	3	4
4. La mayoría de las personas mayores de 65 años tiene alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades mentales	1	2	3	4
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes	1	2	3	4
6. A medida que las personas se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles	1	2	3	4
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	1	2	3	4

8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	1	2	3	4
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños	1	2	3	4
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tiene una serie de incapacidades que le hace depender de los demás	1	2	3	4
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos	1	2	3	4
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad	1	2	3	4
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez	1	2	3	4
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	1	2	3	4
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochear”	1	2	3	4

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

- *El edadismo es un problema de gran magnitud a nivel mundial*
- *Se desconoce su alcance entre profesionales que trabajan en medio sociosanitario*

Qué aporta este estudio

- *La escala CENVE-R es útil para identificar edadismo en estudios poblacionales*
- *Es necesaria formación específica en envejecimiento para profesionales que trabajan en ámbito sociosanitario*