



ARTÍCULO ESPECIAL

Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores



Mercedes Adelaida Hernández Gómez^{a,*}, Néstor Javier Sánchez Sánchez^b
y María José Fernández Domínguez^c

^a GdT Atención al Mayor semFYC, Centro de Salud Novoa Santos de Ourense, Servicio Galego de Saúde. Grupo I-Saúde, Fundación Biomédica Galicia Sur, Ourense, Galicia, España

^b GdT Atención al Mayor semFYC, Centro de Salud de Maceda (Ourense), Servicio Galego de Saúde, Ourense, Galicia, España

^c GdT Atención al Mayor semFYC, Centro de Salud de Leiro-Ribadavia (Ourense) Servicio Galego de Saúde, Grupo I-Saúde, Fundación Biomédica Galicia Sur, Ourense, Galicia, España

Recibido el 24 de enero de 2022; aceptado el 14 de febrero de 2022

PALABRAS CLAVE

Edadismo;
Discriminación;
Estereotipos;
Atención Primaria;
COVID-19;
Personas mayores

KEYWORDS

Ageism;
Discrimination;
Stereotype;
Primary care;
COVID-19;
Elderly people

Resumen El edadismo es una forma de maltrato que tiene influencia negativa en las personas mayores. Aunque la COVID-19 afecta a personas de todos los grupos de edad, ha incrementado el efecto del mismo, limita el acceso de los mayores a diversos recursos, entre ellos, los sanitarios. El edadismo se asocia con sobrecostes, con peor salud y mortalidad precoz. Desde el «Grupo de Trabajo (GdT) de Atención al Mayor de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)» realizamos una serie de propuestas para combatirlo basándonos en actividades comunitarias que favorezcan las relaciones intergeneracionales y la educación en envejecimiento que permitan una correcta integración de los mayores en la sociedad.

© 2022 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Analysis of ageism during the pandemic, a global elder abuse

Abstract Ageism is a form of abuse which has negative influence on elderly people. Although COVID-19 affects people of all ages, it has increased ageism effects, reducing the access of the elderly to different resources, including health system. Ageism is associated to cost overruns, poorer health and early mortality. From «GdT atención al mayor de semFYC» we make a series of proposals to decrease it based on community activities that favour intergenerational relationships and ageing education allowing a correct integration of the elderly on society.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hernandezgomez2002@yahoo.es (M.A. Hernández Gómez).

Análisis de situación

En enero de 2020, coincidiendo con las primeras noticias de la pandemia por COVID-19 el estudio PROSPERO, la revisión más completa realizada hasta la fecha con más de 7 millones de participantes de los cinco continentes, concluyó que el edadismo tiene un impacto negativo en la longevidad, la calidad de vida, las relaciones sociales, los hábitos de vida como una dieta poco saludable, el cumplimiento de tratamientos, el consumo de alcohol y tabaco, con depresión, deterioro cognitivo y funcional, enfermedades crónicas, mayor incidencia de agudizaciones y hospitalizaciones¹. El edadismo es una forma de maltrato.

Actualmente todos los países sufren las consecuencias de los sucesivos brotes de COVID-19. Obviar la heterogeneidad existente en cualquier franja de edad y el impacto de la pandemia en la sociedad deriva en aumento del edadismo y la tensión intergeneracional^{2,3}.

Esta pandemia afecta sobre todo a las personas mayores al representarlas como grupo homogéneo y vulnerable, al estereotiparlas como frágiles y dependientes, y afecta también a los más jóvenes que asumen y proyectan esta imagen en su propio proceso de desarrollo, algo que predice peor salud para esas personas en el futuro y tiene costes^{2,4}. Las consecuencias de esta crisis son sanitarias, económicas, políticas, socioculturales y su repercusión aún está por llegar^{2,5,6}.

Edadismo es categorizar por edad. La definición más completa es «estereotipos negativos o positivos, prejuicios y/o discriminación contra (o en beneficio de) las personas mayores en función de su edad cronológica o sobre la base de una percepción de ellos como ‘ancianos’»^{2,7-9}. A diferencia de otras discriminaciones como el sexismo o el racismo, el edadismo está normalizado socialmente¹⁰. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene efectos nocivos sobre la salud de las personas mayores, siendo el promedio de vida entre quienes lo sufren 7,5 años menor. Su influencia en la salud es mayor en países menos desarrollados, entre quienes tienen una raza minoritaria¹ y menor nivel educativo^{1,9}. Aunque puede afectar a cualquier edad, la peores consecuencias afectan a los adultos mayores¹¹ entre los que es generalizada la exclusión de acceso a oportunidades en educación, empleo, vivienda, transporte, atención médica, servicios sociales o legislación, incluso hay enfermedades, afecciones mentales y neurodegenerativas, que a menudo se normalizan erróneamente como parte del proceso de envejecimiento^{10,12}. Estas creencias y actitudes discriminatorias perjudican al rendimiento cognitivo y funcional de las personas mayores, afectan su salud mental, aumentan la morbilidad y la discapacidad^{4,8}. También se asocia a esperanza de vida más corta, sentimientos de angustia y soledad, marginación y exclusión de los adultos mayores de roles significativos en la sociedad^{4,5,11-13}.

Desde el primer momento, la COVID-19 ha sido retratada como «el problema de los adultos mayores». Nadie duda que la edad representa un riesgo importante en esta infección^{2,3,14}, sin embargo, no se debe subestimar que tiene mayor prevalencia entre los más jóvenes^{2,15} y que la edad en sí misma no es un criterio predictivo suficiente de la vulnerabilidad, sino que influyen otras comorbilidades y desigualdades sociales³.

La división jóvenes-ancianos y la representación de los adultos mayores como principal grupo de riesgo, ha dado como resultado que las personas más jóvenes se sientan invencibles, «esta no es su enfermedad»^{2,14}. En la COVID19 el riesgo de gravedad es superior entre quienes tienen determinadas comorbilidades y que suponen el 20% de mayores de 65 años y ha tenido consecuencias devastadoras en las residencias³ donde apenas viven el 3,5%¹⁶. Es notorio que se ha promovido una clara división por edad, separando a jóvenes de mayores como si el problema fuera el contacto intergeneracional^{14,15}, como si no existiera la diversidad, equiparando edad avanzada con vulnerabilidad, dependencia y contribución social limitada^{11,17}. La categorización cronológica como marcador de riesgo durante la pandemia ha tenido otras consecuencias sociales adversas, e incluso ha sido el criterio para tomar decisiones relativas a la elección del tratamiento⁶. En nuestro país, como dice Ayalon, algunos adultos mayores fueron completamente abandonados para morir solos en sus camas, tras dejar de atenderlos los encargados de su cuidado². Su mayor vulnerabilidad en la COVID-19 o la mayor necesidad de recursos sociosanitarios se han contrapesado con la percepción de que su productividad y su contribución a la sociedad son bajas, priorizando actualmente a los adultos jóvenes y de mediana edad sobre los mayores¹⁰. Podría entenderse que a las personas mayores no les afecta económicamente el aislamiento social, «ya han vivido sus vidas», ignorando así su contribución social y sus necesidades. En cambio, Levy et al., al analizar los sobrecostes sanitarios debidos a edadismo, concluye que la reducción de la discriminación por edad tendría beneficios económicos para la sociedad y beneficios para la salud de las personas mayores^{4,5}, 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 médica⁵.

Hasta aquí repasamos cómo la discriminación por edad contribuye a la exclusión estructural y microagresiones hacia los adultos mayores, lo que afecta negativamente a su salud y bienestar, e incluso produce sobrecostes en gasto sanitario.

Margen de mejora

En la literatura consultada se ha encontrado un fuerte vínculo entre edadismo, en forma de estereotipos negativos, prejuicios y discriminación hacia las personas mayores, y riesgos para su salud física y mental^{10,12}. Debemos trabajar en estrategias de eficacia demostrada para reducir la magnitud de este problema⁸, teniendo en cuenta alternativas y conflictos morales respecto al valor de la vida de las personas mayores en medio de la pandemia. Ehni et al. elaboraron seis propuestas para combatir la discriminación por edad en las actitudes pandémicas basadas en resultados de investigación y ética del envejecimiento³, que la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología ha asumido¹⁷. Las recogemos en la [tabla 1](#).

El envejecimiento también representa a personas autónomas e independientes y, por tanto, tiene el potencial de ser una experiencia rica y satisfactoria para el adulto mayor¹³. España, es el país de la Unión Europea con mayor esperanza de vida, 81,1 y 86,7 años, respectivamente, en hombres y mujeres, puede suceder que todos estos factores

Tabla 1 Propuestas para combatir el edadismo³

1. Los adultos mayores son muy heterogéneos (mejor salud de la que sugieren los estereotipos negativos).
2. Los límites de edad para los cuidados intensivos y otros procedimientos son discriminatorios y poco éticos. Se debe favorecer la solidaridad intergeneracional.
3. Los individuos deben evitar ser paternalistas con los grupos mayores.
4. La crisis de la COVID-19 requiere la utilización de tecnologías por parte de los mayores.
5. Se necesita también de la gerontología para comprender las consecuencias de la crisis de la COVID-19.

continúen operando mucho después de la pandemia y por eso desde el «Grupo de Trabajo (GdT) de Atención al Mayor de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)» elaboramos unas propuestas para abordar el edadismo.

Propuestas del GdT de Atención al Mayor de la semFYC

Considerar a las personas de forma global «biopsicosocial» y heterogénea, evitando utilizar la edad cronológica como criterio único para asignar bienes y/o servicios. La edad no es una enfermedad, tampoco es útil por sí sola para determinar las vulnerabilidades, el pronóstico o las opciones de tratamiento de las personas. Existe gran variabilidad en la vejez, que es mayor a medida que las personas envejecen^{3-5,17}. Se debe abogar por un marco alternativo, que retrate las implicaciones negativas de la pandemia COVID-19 en todos los miembros de la sociedad, independientemente de su edad cronológica^{2,17}.

En atención primaria se considera a las personas de forma global. Debemos promover intervenciones donde los participantes se pongan «en lugar de», trabajar con la perspectiva de que la edad es el único factor común a todas las personas y que algún día, con suerte, pertenecerán al grupo social de los ancianos, característica que no se aplica a otros contextos de prejuicio, como el género o la raza^{10,18}. La internalización de los estereotipos de edad comienza en la niñez y si son negativos se convertirán en miembros del grupo estigmatizado^{4,5,18}. En el Estudio Intergeneracional para un Envejecimiento Saludable la mayoría de los estudiantes que participaron no eran conscientes del edadismo¹⁹. Es necesario aprender que con la misma perspectiva de futuro el tiempo para envejecer es subjetivo, cada persona lo siente de forma diferente. Quienes consideran que falta mucho son más propensos a percibir a los ancianos como algo lejano y externo, de este modo es más frecuente tener actitudes discriminatorias hacia ellos¹⁸.

Es necesario potenciar el capital social y los activos comunitarios. Promover las intervenciones comunitarias, incidiendo en programas intergeneracionales y de integración social, con la participación real de los ciudadanos en todas las fases e incorporando la atención comunitaria en la cartera de servicios. Son múltiples los factores que contribuyen a la exclusión social, tienen efecto acumulativo e impacto longitudinal sobre la salud y el bienestar¹⁹⁻²¹.

Para valorar el capital social y las redes sociales debemos trabajar con atención comunitaria, fomentando el contacto intergeneracional como recurso activo, no sólo en situaciones de emergencia social sino en situaciones habituales^{2,13,18}. En atención primaria debemos dar valor a trabajar en comunitaria, que es una marca de identidad de nuestra especialidad, en el análisis de los servicios del barrio y la comunidad, en los recursos sociales y económicos, en la movilidad, en desigualdades, en aspectos socioculturales y de participación cívica. Se deben potenciar los programas intergeneracionales y la educación sobre envejecimiento que son actividades sociales para promover el envejecimiento activo entre adultos mayores a través del contacto con otras generaciones. Estas interacciones contribuyen a mejorar tanto la salud física como mental, las habilidades sociales y las relaciones de todas las personas involucradas²², es clave para reducir la discriminación por edad y el aislamiento social de los más mayores^{8,22} mejora los resultados académicos, la percepción positiva hacia las personas mayores y las actitudes hacia las actividades comunitarias entre niños y jóvenes²⁰⁻²².

Es fundamental trabajar en la integración social, en el sentido efectivo de pertenencia a la comunidad, donde se refleje la participación activa de las personas mayores en varios aspectos de la vida comunitaria, incluida la detección de necesidades y los mapeos de recursos activos dentro del entorno local. Esa integración social tiene el potencial de contribuir a la resiliencia y puede actuar como factor protector contra situaciones de aislamiento y prevención de situaciones de fragilidad y dependencia¹⁰. Desconocemos el impacto de la pandemia en quienes previamente a ella sufrían soledad o aislamiento social¹³.

Las actividades comunitarias que incluyan educación y contacto intergeneracional pueden ser efectivas para reducir la discriminación por edad y aunque tuvieran un impacto limitado, como dicen Levy et al., su potencial podría ser importante no solo económicamente sino también mejorando la calidad de vida de las personas mayores^{2,4,5,8,21}.

Potenciar investigaciones en edadismo para conocer su alcance, desarrollar escalas validadas y poder evaluar los efectos de las intervenciones. Si conseguimos aprender a identificar el edadismo estaremos luchando contra una forma de maltrato. Son necesarias, también, investigaciones para examinar los efectos de las intervenciones⁸ y poder analizar la efectividad en contextos reales, asegurando así la validez ecológica de los hallazgos encontrados²³.

En una época de amenaza para la salud y el bienestar, de creciente y rápido envejecimiento de la población, es posible que la prevalencia de edadismo esté aumentando. Sin embargo, las estimaciones existentes de la prevalencia de la discriminación por edad no son precisas¹¹. El problema tiene varias dimensiones, un componente cognitivo (estereotipos), uno emocional (prejuicios) y uno conductual (discriminación). Puede dirigirse a uno mismo o hacia los demás. Puede ser positivo o negativo, consciente o inconsciente. Hasta qué punto todas ellas pueden medirse con las escalas existentes cuando ni siquiera hay un concepto claro de persona mayor. Es necesario identificar una escala completa con propiedades psicométricas adecuadas para abordar la discriminación por edad y promover la investigación en este tema².

Promover la alfabetización digital en todos los sectores de población y sobre todo, en las instituciones sociosanitarias para mantener la relación con familiares y red social. La alfabetización digital debe estar integrada en el aumento de las relaciones sociales, ya que la desconexión social pone a los adultos mayores en mayor riesgo de depresión y ansiedad^{13,24}.

Durante las sucesivas olas de la pandemia, ha existido la necesidad de compartir y difundir información de forma rápida, pero a veces hay grandes barreras para acceder a la información con los nuevos medios y esto afecta, entre otros, a muchas personas mayores²⁵. En esta pandemia hemos comprobado que proveer de instrucciones escritas simples y mensajes grabados puede ayudar a los adultos mayores al tránsito hacia la digitalización de algunos servicios¹⁰ y también al acompañamiento^{12,26}. En esa misma dirección la disponibilidad de líneas telefónicas de ayuda permitiría a los adultos mayores buscar apoyo no sólo en momentos de soledad y angustia, sino para atención médica, legal o social^{10,24}. Por otra parte, las llamadas telefónicas y las videollamadas frecuentes de amigos, familiares y redes sociales contribuyen a mitigar el aislamiento y la soledad^{10,13,24}.

Se puede recomendar que los centros sociales, asociaciones comunitarias y centros de día faciliten estos servicios proactivos cuando sea posible, como alternativa a suspender la atención por completo.

Garantizar la autonomía de los miembros más vulnerables de la sociedad, velar por sus derechos. Debatir el papel de la edad en el sistema de triaje. Es un deber social garantizar que la autonomía de los miembros más vulnerables de la sociedad no se vea obstaculizada y que sus voces sean escuchadas.

El derecho a una vida independiente de las personas mayores aparece reconocido en el artículo 25 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y en el artículo 23 de la Carta Social Europea, por lo tanto es un deber garantizar su autonomía y es muy importante proteger a las personas mayores de la infección, pero también respetarlas y apoyarlas en esta compleja situación. Sus derechos no deben verse comprometidos y no asignar de manera diferencial en función de la edad cronológica^{6,27}.

Es un deber ético y social debatir acerca del papel de la edad en los sistemas de triaje, utilizar esta variable como una exclusión categórica es una práctica discriminatoria injustificable. El principio de equidad requiere distribuir costes y beneficios de los servicios médicos de manera justa, evitar colocar a los colectivos sociales vulnerables en desventaja sistemática. Una de las funciones del triaje es maximizar de manera eficiente los beneficios cuando los recursos son escasos, los juicios clínicos de medición de beneficios a corto y largo plazo deben individualizarse para evitar exclusiones categóricas, teniendo en cuenta otros determinantes además de la edad⁶.

Promover cambios normativos, adaptación de planes, estrategias y políticas públicas a la realidad social y características de los adultos mayores. Quizá es necesario un debate, incluso una ley de igualdad de trato que incluya y proteja a las personas mayores frente a todo tipo de discriminación.

Se debe dar visibilidad a las consecuencias del edadismo y cambiar el discurso en los medios de comunicación. El

enfoque adoptado por la mayoría en sus titulares no ha sido neutro, predominan contenidos de naturaleza negativa que presentan a los mayores de manera desfavorable y como grupo homogéneo¹⁴. Los medios tienen un papel fundamental en la difusión de mensajes, deben reconocer que propagar estereotipos discriminatorios y actitudes negativas hacia los adultos mayores, en tiempos de crisis cuando la edad no es un factor relevante, no lleva a ninguna parte¹⁴.

Abordar los cuidados de larga duración en domicilios, en viviendas comunitarias y residencias, integrando la atención primaria familiar y comunitaria. Sólo así favoreceremos su integración en el vecindario, más hogareño y menos institucionalizado.

Se debe abordar el tema de cuidados de larga duración en el propio hogar o en hogares residenciales integrados en vecindarios^{14,16}, la situación de los cuidadores y su formación.

Los adultos mayores institucionalizados y sus familias o seres cercanos deben estar protegidos, contar con el apoyo de profesionales de familia y comunitaria, sin olvidar que viven en «hogares», no hospitales.

Introducir y desarrollar reformas en el sistema nacional de salud promoviendo la participación ciudadana en la gobernanza de los servicios sanitarios. Los profesionales deben ser conscientes de la discriminación por edad, y disponer de tiempo suficiente para atender a los pacientes y para atender a quienes no demandan asistencia.

La sociedad ha cambiado desde la reforma de la Atención Primaria, las consecuencias de esta pandemia están por llegar y es necesario integrar a la ciudadanía en las decisiones sociosanitarias. Durante esta pandemia han existido barreras de acceso para algunos colectivos, a servicios sociosanitarios en la atención de procesos no COVID-19 entre ellos para las personas mayores y esto tendrá consecuencias en su salud y bienestar general²⁴. La cuestión es si los sistemas de salud serán capaces de hacer frente a aumentos repentinos de la demanda. En un editorial de 2020 la directiva de la semFYC insiste en la necesidad de introducir y desarrollar reformas en el sistema nacional de salud, tanto en atención primaria como hospitalaria para reducir la precariedad laboral y asistencial. Existe una práctica creciente de discriminación por edad entre los profesionales de la salud, podría deberse a que no disponemos de tiempo suficiente para atender a los pacientes y a tener que registrar toda la información en medios electrónicos, ya que al aumentar esta presión es más probable estereotipar a los pacientes¹. Este es el momento de incorporar la salud comunitaria en la cartera de servicios (prescripción social), fomentar el autocuidado y de una forma decidida, promover la participación ciudadana en la gobernanza de los servicios sanitarios²⁸.

Recomendamos que los adultos mayores sean partes interesadas en la formulación de alternativas que afectan su salud y bienestar. La inclusión en la política de salud pública garantiza la capacidad de actuación de los adultos mayores en lugar de ser meros receptores de la atención¹⁰. Estas propuestas se recogen resumidas en la [tabla 2](#).

En la pandemia por COVID-19 nos encontramos distintas fases críticas por precipitación de acontecimientos y cierto nivel de caos, así como la poscrisis que está por gestionar. Sirva esta revisión y nuestra reflexión para potenciar la atención familiar y comunitaria para abordar las desigualdades²⁸ e identificar conductas edadistas en nuestra práctica diaria.

Tabla 2 Propuestas realizadas por el GdT de Atención al Mayor de la semFYC para combatir el edadismo

1. Evitar utilizar la edad cronológica como criterio único para asignar bienes y/o servicios.
2. Promover las intervenciones comunitarias, incidiendo en programas intergeneracionales, de educación e integración social, con participación real de los ciudadanos en todas las fases e incorporando la atención comunitaria en la cartera de servicios.
3. Potenciar la investigación en edadismo.
4. Promover la alfabetización digital.
5. Garantizar la autonomía de los miembros más vulnerables de la sociedad.
6. Abordar los cuidados de larga duración en domicilios, en viviendas comunitarias y residencias, integrando la red de atención primaria.
7. Promover cambios normativos y adaptación de planes, estrategias y políticas públicas a la realidad social y características de las personas mayores.
8. Introducir y desarrollar reformas en el sistema nacional de salud promoviendo la participación ciudadana en la gobernanza de los servicios sanitarios.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15:1–24.
2. Ayalon L. There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *Int Psychogeriatrics*. 2020;32:1221–4.
3. Ehni HJ, Wahl HW. Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020;32(4–5):515–25, <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1770032>.
4. Levy B, Slade M, Murphy T, Gill T. Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery From Disability in Older Persons. *Bone*. 2012;308:1972–3.
5. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kanno S, Wang SY. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist*. 2020;60:174–81.
6. Rueda Etxebarria J. ¿No es país para viejos? La edad como criterio de triaje durante la pandemia de la COVID-19. *Enrahonar An Int J Theor Pract Reason*. 2020;65(Id 100010434):85.
7. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969;9:243–6.
8. 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:E1–9.
9. 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*. 2016;51:323–8.
10. 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.
11. Ayalon L, Dolberg P, Mikulionienė S, Perek-Biatas J, Rapolienė G, Stypinska J, et al. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2019;54:100919, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>.
12. Morrow-Howell N, Galucia N, Swinford E. Recovering from the COVID-19 Pandemic: A Focus on Older Adults. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020;32(4–5):526–35, <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1759758>.
13. Hernandez Gomez M, Fernandez Dominguez M, Sanchez Sanchez N, Blanco Ramos M, Perdiz Alvarez M, Castro Fernandez P. Soledad y envejecimiento. *Rev clínica Med Fam*. 2021;14:146–53.
14. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechar L, et al. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age Ageing*. 2020;49:692–5.
15. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10229):1054–62, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
16. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Fernández Morales I, Ramiro Fariña D. Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. Envejecimiento en red. 2021 [consultado 16 Ene 2022]. Disponible en: <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>.
17. Tarazona-Santabalbina FJ, Cámara de las Heras JM, Vidán MT, García Navarro JA. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56:47–53.
18. Shimizu Y. An Overlooked Perspective in Psychological Interventions to Reduce Anti-elderly Discriminatory Attitudes. *Front Psychol*. 2021;12:2019–21.
19. 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.
20. 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;264:113374, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113374>.
21. 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.
22. 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.
23. Lorente Martínez R, Brotons Rodes P, Sitges Maciá E. Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional? *Cuad Pedagog Univ*. 2020;17:6–16.
24. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2020;5:e256, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
25. Petretto DR, Pili R. Ageing and COVID-19: What is the role for elderly people? *Geriatr*. 2020;5:2–5.
26. Agewell Digital Literacy Program for Older Persons. [consultado 16 Ene 2022]. Disponible en: https://www.agewellfoundation.org/?page_id=5768.
27. Barranco Avilés MC, Vicente Echevarría I. La discriminación por razón de edad en España. *España: HelpAge Int*; 2020. p. 1–36.
28. Tranche S. La inercia terapéutica de la Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2021;53:102240.