



Edadismo contra las personas mayores en servicios de salud: revisión de alcance*


Pricila Oliveira de Araújo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7941-9263>


Isabela Machado Sampaio Costa Soares²

 <https://orcid.org/0000-0001-7400-3536>


Paulo Roberto Lima Falcão do Vale³

 <https://orcid.org/0000-0002-1158-5628>


Anderson Reis de Sousa⁴

 <https://orcid.org/0000-0000-8534-1960>

Elena Casado Aparicio⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-2940-9523>

Evanilda Souza de Santana Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4564-0768>

Puntos destacados: **(1)** Las expresiones de edadismo incluyen relaciones interpersonales e institucionales. **(2)** El edadismo contra las personas mayores va desde el diagnóstico hasta el tratamiento. **(3)** Las medidas para combatirlo incluyen acciones educativas e, incluso, investigaciones científicas. **(4)** Es necesario reconocer la existencia de edadismo en los servicios de salud. **(5)** Es necesario reconocer prácticas de (falta de) atención debido al sesgo etario.

Objetivo: mapear las expresiones y medidas para combatir el edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud.

Método: revisión de alcance de estudios primarios en inglés, español y portugués, sin delimitación temporal, recopilados de 14 bases de datos. Dos revisores independientes realizaron de forma ciega la selección de títulos, resúmenes y texto completo, el *corpus* estuvo compuesto por 41 artículos. La extracción de datos se realizó por pares. Los datos se presentaron en resúmenes narrativos y cuadros.

Resultados: las expresiones de edadismo se manifiestan a nivel interpersonal, mediante imágenes y actitudes que deprecian, infravaloran la vida y deslegitiman las necesidades de las personas mayores, y a nivel institucional, por medio de barreras para acceder a los servicios de salud, que provocan falta de atención y descuido. Las medidas para combatirlo consisten en intervenciones educativas y ampliación de los canales de comunicación entre las personas mayores, los profesionales de la salud y gestores. **Conclusión:** los resultados pueden hacer que los profesionales de la salud estén atentos a la (falta de) atención debido al sesgo etario y sensibilizarlos para que enfrenten el edadismo mediante la adquisición del conocimiento científico. Hay lagunas de conocimiento tanto en el análisis del fenómeno en el contexto del Sistema Único de Salud como sobre las expresiones implícitas de edadismo.

Descriptor: Ageísmo; Anciano; Servicios de Salud; Envejecimiento; Personal de Salud; Revisión.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde: desenvolvimento do conceito", presentada a la Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil. Apoyo financiero del Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES).

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

² Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

³ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

⁴ Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, BA, Brasil.

⁵ Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Cómo citar este artículo

Araújo PO, Soares IMSC, Vale PRLF, Sousa AR, Aparicio EC, Carvalho ESS. Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4020 [cited ____-____-____]. Available from: _____.

URL

_____ / ____ / ____
año mes día

Introducción

El término edadismo se utilizó por primera vez para referirse a la inquietud, el rechazo y la aversión de las personas jóvenes y de mediana edad hacia el envejecimiento, la enfermedad, discapacidad, impotencia, "inutilidad" y muerte, y se lo suele asociar a las personas debido a su edad⁽¹⁾. Actualmente, se reconoce que el edadismo puede estar dirigido a cualquier grupo etario, sin embargo, hasta ahora, se centra más en las personas mayores, debido a que en occidente es común que a las mismas se las considere frágiles, débiles, dependientes, improductivas y que sus problemas de salud se naturalicen y se consideren propios del envejecimiento⁽²⁾.

La literatura trata el edadismo como concepto polifacético, que implica tres dimensiones distintas: cognitiva (estereotipos); afectiva (prejuicio); y conductual (discriminación). La dimensión cognitiva engloba los estereotipos negativos sobre el envejecimiento. Se adquieren muy temprano y tienden a actuar como profecías autocumplidas en la vejez⁽³⁾, por ejemplo, pensar que las personas mayores son incapaces de aprender cosas nuevas. Los estereotipos se activan cuando no se consideran las especificidades de los adultos mayores, los mismos pueden generar etiquetas que llevan a separar a las personas en diferentes categorías y activar creencias que deprecian a los sujetos y provocan consecuencias negativas en diferentes áreas de la vida⁽⁴⁾.

La dimensión afectiva (prejuicios) se compone de una reacción emocional o sentimiento negativo o positivo que crea diferencias en los grupos o fuera de ellos, por ejemplo, cuando se siente lástima por una persona mayor porque se la considera frágil, lo que provoca que no se tome en cuenta su capacidad para hacer algo por sí misma. La conductual, que comprende la discriminación que se produce cuando se utilizan prácticas excluyentes hacia terceros y se pone a esas personas en posiciones sociales desfavorables debido a la edad, por ejemplo, cuando a un trabajador de edad avanzada se le prohíbe asistir a una capacitación debido a su edad⁽¹⁾. El edadismo puede ser sutil y apenas visible, o explícito y bien conocido, y moldear la percepción de las personas mayores sobre sus capacidades y necesidades, así como también la de quienes los rodean⁽²⁾.

Con la pandemia de COVID-19, se explicitaron discusiones que antes estaban invisibilizadas, como el lugar social del adulto mayor y la manifestación de expresiones de edadismo por parte de diferentes sectores de la sociedad. A las personas mayores se las describe como una carga social y familiar, frágiles, tercas y desobedientes, se menosprecia su vida y se la considera menos importante que la de los jóvenes, ello, a su vez, genera un impacto en la salud mental, emocional y física del adulto mayor⁽⁵⁾.

En el contexto de los servicios de salud, se conocen los efectos de los estereotipos, prejuicios y discriminaciones que experimentan las personas mayores y restringen el acceso a la asistencia sanitaria, el diagnóstico y tratamiento, y se asocian significativamente con peores condiciones de salud, indican reducción de la longevidad, baja calidad de vida y bienestar, conductas de riesgo para la salud, malas relaciones sociales, enfermedades físicas, enfermedades mentales y deterioro cognitivo⁽⁴⁾.

El edadismo también se expresa en el campo de la salud a través de actitudes y prácticas tendenciosas y encubiertas relacionadas con la edad, que privilegian a las personas más jóvenes en detrimento de las personas mayores en lo que respecta al uso de los recursos y servicios de salud, como el acceso a camas de Unidad de Cuidados Intensivos, tratamientos de alto costo, intervención quirúrgica, entre otros. El edadismo está presente en las sociedades occidentales a nivel cultural y en el ámbito institucional, mediante leyes, reglas, normas sociales, políticas y protocolos que restringen las oportunidades de las personas mayores, generando un impacto importante en la atención a la salud de dicha población y potenciando las desigualdades en los sistemas y servicios de salud⁽⁶⁾.

Además, el edadismo es menos estudiado que otras formas de discriminación, hay pocos estudios que examinan explícitamente sus manifestaciones en el campo de la salud⁽⁷⁾, y hay poca evidencia científica que sustente el proceso de trabajo de los profesionales de la salud para reducir los impactos del edadismo en la tercera edad⁽⁸⁾. Por lo tanto, esta revisión difiere de lo que ya se ha producido al presentar un mayor panorama sobre cómo se manifiesta el edadismo en los servicios de salud.

Es importante mapear las evidencias del edadismo en los servicios de salud y las formas de combatirlo debido a que contribuye a que se realicen futuros estudios, a que se formulen políticas y se implementen estrategias para reducir este fenómeno en el ámbito de la salud y, además, contribuye a la formación de los profesionales de la salud.

Se realizó una búsqueda preliminar en febrero de 2021 con los *Medical Subject Headings* (MeSH) "ageism" y "health", en los portales de *Prospero*, *PubMed*, *Open Science Framework*, *Joanna Briggs Institute Evidence Synthesis* y *Cochrane Database of Systematic Reviews*, y no se encontraron estudios de revisión de alcance sobre el tema. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo mapear expresiones y medidas para combatir el edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud.

Método

Tipo de estudio

Esta es una revisión de alcance realizada según la metodología del *Instituto Joanna Briggs* (JBI) para

revisiones de alcance⁽⁹⁾, presentada de acuerdo con las recomendaciones del *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation*⁽¹⁰⁾ y cuyo protocolo fue registrado en la plataforma de registro de artículos científicos *Open Science Framework* a través del *link*: <https://osf.io/pv2by> y publicado⁽¹¹⁾. El protocolo de investigación se diseñó en función de la pregunta de investigación, que se elaboró utilizando el mnemotécnico PCC: Población (P) compuesta por personas mayores y profesionales de la salud; Concepto (C) de edadismo dirigido a personas mayores; Contexto (C) de los servicios de salud, que involucra todos los componentes del sistema de salud disponibles en la atención primaria, secundaria y terciaria. La pregunta de investigación es: ¿Cómo se expresa el edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud? ¿Cuáles son las medidas para combatir el edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud?

Escenarios de estudio

Esta revisión se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed a través de la *National Library of Medicine/ The National Center for Biotechnology Information (NLM/ NCBI)*, Biblioteca digital de la *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* a través de *Business Source Complete (EBSCO)* y *PsycINFO*, *Angeline*, *Embase*, *Scopus* y *Web of Science Core Collection*. La elección de los portales y las bases de datos se debió a que cuentan con grandes colecciones de publicaciones en las áreas de estudio previstas.

La búsqueda de literatura gris se realizó mediante los portales de *Teses CAPES*; *Cybertesis Repositorio de Tesis Digitales*; *Portal Digital Access to Research Theses - Europe (DART-E) E-theses*; *Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)*; y *Biblioteca do Conhecimento Online-b-on (Online Knowledge Library)*.

Período

La recolección de datos se llevó a cabo en abril y mayo de 2021.

Población

La población de estudio estuvo constituida por 41 artículos científicos encontrados en las búsquedas realizadas en las bases de datos y la literatura gris.

Criterios de selección

Las fuentes de evidencia fueron los textos completos de estudios primarios (cuantitativos o cualitativos), tesis y disertaciones, publicados en las principales bases de datos del área de la salud, psicología y gerontología, en portugués, inglés y español y sin límite de tiempo, para obtener el mayor número posible de publicaciones. No se incluyeron estudios de revisión, artículos de opinión, ensayos teóricos, comentarios, libros y capítulos de libros.

Instrumento de recolección de datos

Para extraer los datos organizados en un archivo de *Word* (2013) se utilizó un instrumento elaborado por el JBI⁽⁹⁾ y se lo adaptó para que cumpliera con los objetivos de esta revisión, el mismo fue testeado por el equipo de investigación e incluye la información necesaria para identificar los estudio: autores, títulos, año de publicación, *link Digital Object Identifier (DOI)* - Identificador de Objeto Digital, revista, fecha de publicación, objetivos, metodología (tipo de estudio, participantes, contexto, concepto, instrumentos de investigación) y resultados (expresiones y estrategias para combatir el edadismo).

Recolección de datos

Se realizó una búsqueda exploratoria en febrero de 2021, en PubMed y CINAHL a través de EBSCO, para identificar artículos sobre el tema. Las palabras clave que se encontraron en los títulos, resúmenes y descriptores/ MeSH se utilizaron para componer las estrategias de búsqueda que se llevaron a cabo con ayuda de una bibliotecaria especializada en revisiones y se aplicaron en las bases de datos seleccionadas como escenarios del presente estudio (Figura 1).

Fuente de información	Estrategia de búsqueda
PubMed	((("Ageism"[MeSH Terms] OR "Age Discrimination" [All Fields] OR "Age discriminations"[All Fields] OR ("Ageism"[MeSH Terms] OR "Ageism" [All Fields])) AND ("Aged" [MeSH Terms] OR "Aged" [MeSH Terms] OR "Aged" [All Fields]) OR ("older" [All Fields] OR "olders" [All Fields]) OR "elder*" [All Fields] OR "senior" [All Fields] OR "seniorities" [All Fields] OR "seniority" [All Fields] OR "seniors" [All Fields] OR "geriatr*" [All Fields]) AND ("Health"[MeSH Terms] OR "Health" [MeSH Terms] OR "Health" [All Fields] OR "healths" [All Fields] OR "healthful" [All Fields] OR "healthfulness" [All Fields] OR "healths" [All Fields])))) Filters: Aged 65+ years, 80 and over: 80+ years, Middle Aged: 45-64 years.

(continúa en la página siguiente...)

Fuente de información	Estrategia de búsqueda
CINAHL*	MH "ageism" OR TI (ageism or "age discrimination" or "age bias" or "age stereotype" OR "age prejudice") OR AB (ageism or "age discrimination" or "age bias" or "age stereotype" OR "age prejudice") AND MH aged OR TI (aged OR elderly OR senior OR "older people" OR geriatric OR elder*) OR AB (aged or elderly or senior or "older people" or geriatric OR elder*) AND MH Health OR TI (health OR "health services" OR "Health Care Services" OR "Public Health Service") OR AB (health OR "health services" OR "Health Care Services" OR "Public Health Service") AND (Restringir por SubjectAge: - aged, 80 & over Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - aged: 65+ years) AND (Restringir por revistas académicas)

*CINAHL= *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

Figura 1 - Estrategias de Investigación. Feria de Santana, BA, Brasil, 2021

Todos los estudios identificados se agruparon y enviaron a la herramienta *EndNote (Clarivate Analytics, Estados Unidos)* para eliminar los estudios duplicados. Posteriormente, dos revisores, de forma independiente y a ciegas, usando la herramienta *Rayyan Intelligent Systematic Review (https://www.rayyan.ai/)*, seleccionaron las fuentes de evidencia a través de la lectura y selección de títulos, resúmenes y textos completos, los desacuerdos fueron resueltos por una tercera revisora, y se cuantificaron y justificaron los motivos de la exclusión de las producciones. La extracción de datos la realizaron dos revisores, uno llevó a cabo la recolección y el otro la revisión y confirmación de los datos.

Por último, se analizaron las listas de referencias de los artículos recuperados en la búsqueda de texto completo e incluidos en la selección final para incluirlas en la muestra del estudio. Se contactó a los autores de las producciones científicas cuyos textos completos no estaban disponibles en las bases de datos, sin embargo, no se pudo acceder a ellos.

Tratamiento y análisis de datos

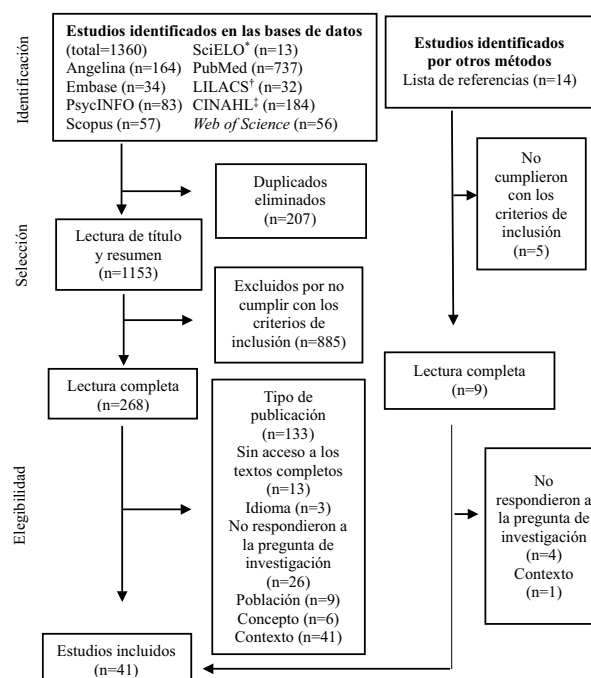
Los datos extraídos se organizaron en el *software MaxQDA*, que forma parte de la familia QDA (*Qualitative Data Analysis Software*), versión 2020, y se analizaron mediante estadística descriptiva simple, se presentaron en forma de resúmenes narrativos y cuadros y se discutieron a la luz de otros hallazgos nacionales e internacionales sobre el tema.

Aspectos éticos

Los estudios utilizados son de acceso público, por lo tanto, no fue necesario solicitar la aprobación del Comité de Ética en Investigación.

Resultados

La muestra final de la revisión estuvo constituida por 41 artículos científicos, que se presentan en PRISMA-SrC⁽¹²⁾ en la Figura 2.



*SciELO = Biblioteca Electrónica de la *Scientific Electronic Library Online*; †LILACS = Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud; ‡CINAHL = *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

Figura 2 - Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios primarios incluidos en la revisión de alcance. Feria de Santana, BA, Brasil, 2021

La caracterización de la producción científica sobre edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud se muestra en la Figura 3.

Referencia	Autores	Título	Año	Objetivos	Métodos	Idioma
(13)	Grant PT, Henry JM, McNaughton GW.	<i>The management of elderly blunt trauma victims in Scotland: evidence of ageism?</i>	2000	Determinar la mortalidad hospitalaria de pacientes adultos mayores con trauma; analizar las principales características de su manejo; verificar si estos pacientes con trauma recibieron tratamiento menos agresivo que sus homólogos más jóvenes.	Estudio prospectivo con datos obtenidos del <i>Scottish Trauma Audit Group</i> , de Escocia.	Inglés
(14)	Uncapher H, Areán PA.	<i>Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients.</i>	2000	Determinar si los médicos de atención primaria tienen sesgo etario cuando tratan pacientes suicidas.	Estudio cuantitativo con médicos de atención primaria en San Francisco, Estados Unidos.	Inglés
(15)	Bouman WP, Arcelus J.	<i>Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history?</i>	2001	Determinar la práctica actual observada en los psiquiatras consultores con respecto al comportamiento sexual y al manejo de la disfunción sexual de sus pacientes.	Estudio cuantitativo con personas mayores y psiquiatras en hospitales de Sheffield, Nottingham, Leicester y Birmingham, en Inglaterra.	Inglés
(16)	Kennelly C, Bolos A.	<i>Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk.</i>	2001	Estudiar las experiencias de la atención médica de los adultos mayores con respecto a su condición médica (cardiopatía isquémica), la comprensión que tienen sobre los riesgos para la salud, sus preferencias de tratamiento y el impacto de los tratamientos en su calidad de vida.	Estudio cualitativo realizado con personas mayores de 56 años, diagnosticadas con cardiopatía isquémica, en Londres.	Inglés
(17)	Austin D, Russel EM.	<i>Is There Ageism in Oncology?</i>	2003	Determinar si las diferencias relacionadas con la edad en el manejo hospitalario de pacientes con cáncer eran o no clínicamente justificables.	Estudio cuantitativo con personas con cáncer en un hospital para el tratamiento del cáncer colorrectal, en Escocia.	Inglés
(18)	Fischer LR, Wei F, Solberg LI, Rush WA, Heinrich RL.	<i>Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care.</i>	2003	Determinar si los pacientes mayores reciben un tratamiento para la depresión diferente del que reciben los jóvenes en las clínicas de atención primaria.	Estudio cuantitativo con adultos diagnosticados con depresión atendidos en clínicas de atención primaria en la Región Medio Oeste de los Estados Unidos.	Inglés
(19)	Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG.	<i>Ageism in the management of lung cancer.</i>	2003	Estudiar el impacto de dicha edad en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón.	Estudio cuantitativo con personas ingresadas en 48 hospitales del Reino Unido.	Inglés
(20)	Williams D, Bennett K, Feely J.	<i>Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischemic heart disease in primary care.</i>	2003	Determinar si hay sesgo de género o edad en la prescripción de terapias preventivas secundarias importantes para la cardiopatía isquémica en la atención primaria.	Estudio cuantitativo con pacientes con cardiopatía isquémica en la Región Este del esquema de Servicios Médicos Generales en Irlanda.	Inglés
(21)	Bhalla A, Grieve R, Tilling K, Rudd AG, Wolfe CD.	<i>Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome.</i>	2004	Evaluar la estructura y el proceso de atención. Identificar factores independientes asociados con la mortalidad en tres meses y con el resultado funcional en pacientes mayores de 75 años.	Estudio cuantitativo realizado con personas con ACV, en 13 hospitales de 10 países europeos.	Inglés
(22)	Van Delden JJ, Vrakking AM, Van Der Heide A, Van Der Maas PJ.	<i>Medical decision making in scarcity situations.</i>	2004	Estudiar los puntos de vista de los médicos sobre varios temas que han surgido en el debate sobre la asignación de recursos escasos centrado particularmente en el papel de la edad y compararlos con los puntos de vista de los formuladores de políticas.	Estudio cualitativo con oncólogos, cardiólogos y médicos de hogares de ancianos en la región suroeste de los Países Bajos.	Inglés
(23)	Gunderson A, Tomkowiak J, Menachemi N, Brooks R.	<i>Rural physicians' attitudes toward the elderly: evidence of ageism?</i>	2005	Examinar las percepciones y actitudes de los médicos rurales de Florida que habitualmente brindan atención a las personas mayores.	Estudio cualitativo realizado con médicos que atienden a personas mayores que residen en zonas rurales del estado de Florida, Estados Unidos.	Inglés

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Referencia	Autores	Título	Año	Objetivos	Métodos	Idioma
(24)	Finger RP, Ali M, Earnest J, Nirmalan PK.	<i>Cataract surgery in Andhra Pradesh state, India: an investigation into uptake following outreach screening camps.</i>	2007	Analizar los procesos de toma de decisiones que conducen a la aceptación de los servicios de cirugía de cataratas ofrecidos durante la detección en personas con cataratas en la India.	Estudio exploratorio, cualitativo, con pacientes con cataratas de dos hospitales oftalmológicos en Hyderabad, India.	Inglés
(25)	Manthorpe J, Clough R, Cornes M, Bright L, Moriarty J, Illife S.	<i>Four years on: the impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people.</i>	2007	Evaluar el impacto del Marco Nacional de Servicios para el Adulto Mayor sobre las experiencias y expectativas de los adultos mayores.	Estudio cualitativo realizado con personas mayores y sus cuidadores usuarios de los servicios de salud en Inglaterra.	Inglés
(26)	Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø A, Grøthe KH, Kirkevoold M, et al.	<i>In quest of justice? Clinical prioritization in healthcare for the aged.</i>	2008	Explorar qué criterios, valores y otras consideraciones relevantes son importantes para las prioridades clínicas en los servicios de salud para pacientes adultos mayores.	Estudio cualitativo con médicos y enfermeros que atienden a personas mayores en hospitales públicos y hogares para ancianos en diferentes partes de Noruega.	Inglés
(27)	Hudelson P, Kolly V, Perneger T.	<i>Patients' perceptions of discrimination during hospitalization.</i>	2010	Identificar las fuentes de discriminación percibidas durante la hospitalización y examinar la relación entre la discriminación percibida y las características del paciente y la hospitalización, y las calificaciones de la atención al paciente.	Estudio cuantitativo con adultos que recibieron atención en hospitales universitarios de Ginebra, Suiza.	Inglés
(28)	Mitford E, Reay R, McCabe K, Paxton R, Turkington D.	<i>Ageism in first episode psychosis</i>	2010	Comparar la incidencia, los grupos de diagnóstico y la hospitalización de dos grupos etarios diferentes con un primer episodio de psicosis.	Estudio cuantitativo utilizando la base de datos PACE (epidemiología clínica ajustada a la población) en Northumberland, Reino Unido.	Inglés
(29)	Protière C, Viens P, Rousseau F, Moatti JP.	<i>Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy?</i>	2010	Identificar las características relevantes de los médicos, como sus características sociodemográficas, experiencia, conocimiento sobre las pruebas geriátricas, "efectos del estilo de práctica" y creencia en la eficacia de los diversos tratamientos adyuvantes disponibles.	Estudio cuantitativo con oncólogos y radioterapeutas que tratan a personas con cáncer de mama, en hospitales de Francia.	Inglés
(30)	Clarke LH, Bennett EV, Korotchenko A.	<i>Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians</i>	2014	Comprender cómo las personas mayores perciben y experimentan la atención que le brindan sus médicos de atención primaria.	Estudio cualitativo con mujeres y hombres con enfermedades crónicas que utilizan los servicios de salud en Canadá.	Inglés
(31)	Forrest L, Adams J, White M, Rubin G.	<i>Factors associated with timeliness of post-primary care referral, diagnosis and treatment for lung cancer: population-based, data-linkage study.</i>	2014	Investigar los factores (situación socioeconómica, edad, sexo, histología, comorbilidad, año de diagnóstico, estadio y estado funcional) que pueden influir en la probabilidad de derivación a la atención postprimaria, diagnóstico y tratamiento en los tiempos previstos.	Estudio cuantitativo con personas diagnosticadas con cáncer de pulmón, obtenido del <i>Northern and Yorkshire Cancer Registry and Information Service</i> , en Inglaterra.	Inglés
(32)	Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N.	<i>Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey.</i>	2014	Determinar la percepción de los enfermeros y médicos sobre la vejez y la prevalencia de envejecimiento de las personas mayores.	Estudio cuantitativo con enfermeros y médicos en las clínicas médica y quirúrgica de un hospital universitario en Turquía.	Inglés
(33)	Skirbekk H, Nortvedt P.	<i>Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause "ageism" in hospitals.</i>	2014	Analizar las consideraciones éticas de los profesionales de la salud sobre la atención cuando brindan atención y establecen prioridades para los pacientes adultos mayores en Noruega.	Estudio cualitativo con médicos y enfermeros de hospitales generales de Noruega.	Inglés

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Referencia	Autores	Título	Año	Objetivos	Métodos	Idioma
(34)	Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, Alon S, Leibovitz A, Golander H, et al.	<i>Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study.</i>	2016	Investigar la discriminación por edad entre profesionales de la salud en entornos terapéuticos en Israel.	Estudio cualitativo con 76 enfermeros especializados en oncología, en un centro especializado en Israel.	Inglés
(35)	Davis T, Teaster PB, Thornton A, Watkins JF, Alexander L, Zanjani F.	<i>Primary Care Providers' HIV Prevention Practices Among Older Adults.</i>	2016	Comprender las prácticas de prevención del VIH ¹ de los proveedores y la atención primaria de las personas mayores. Comprender los factores que afectan la provisión de materiales educativos sobre el VIH de los proveedores para los adultos mayores y las prácticas de detección del VIH.	Estudio cualitativo realizado con médicos y enfermeros que atienden pacientes mayores de 50 años en la atención primaria de la salud, en el estado de Kentucky, Estados Unidos.	Inglés
(36)	Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, Gilles C, Adam S.	<i>Ageism and caring attitudes among nurses in oncology.</i>	2016	Replicar los resultados de estudios previos que informaron apoyo diferencial del tratamiento médico según la edad del paciente en una población diferente de profesionales de la salud (enfermeros en lugar de médicos). Determinar si el apoyo a la inmunoterapia costosa, la quimioterapia adyuvante o la reconstrucción mamaria se relaciona con el prejuicio sobre la edad de los enfermeros.	Estudio cualitativo realizado con enfermeros especializados en oncología y que trabajan en diferentes unidades del Hospital Universitario Sart Tilman Liège, en Bélgica.	Inglés
(37)	Taverner T, Baumbusch J, Taipale P.	<i>Normalization of Neglect: A Grounded Theory of RNs' Experiences as Family Caregivers of Hospitalized Seniors.</i>	2016	Desarrollar una teoría sobre el trabajo del cuidado de enfermería, según lo descrito por los cuidadores de personas mayores en el sector de cuidados intensivos.	Estudio cualitativo con mujeres mayores y cuidadoras reclutadas en dos grandes hospitales de la Columbia Británica.	Inglés
(38)	Demetriadou E, Kokkinou M, Metaxas G, Kyriakides E, Kyprianou T.	<i>Psychological support for families of ICU patients: longitudinal documentation of the service.</i>	2017	Evaluar y describir la necesidad de apoyo psicológico para familiares de pacientes ingresados en UCI ² , entre los años 2011 y 2014. Identificar la percepción de los profesionales de la salud sobre la necesidad de apoyo psicológico.	Estudio cualitativo realizado en base a la documentación de la atención psicológica brindada a familiares de pacientes ingresados en la UCI de 2011 a 2014 en Chipre.	Inglés
(39)	Di Rosa M, Chiatti C, Rimland JM, Capasso M, Scandali VM, Prospero E, et al.	<i>Ageism and surgical treatment of breast cancer in Italian hospitals.</i>	2018	Evaluar si la edad de la paciente es un factor que influye en el tipo de tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en Italia. Evaluar la existencia y las características de posibles diferencias regionales en el tipo de tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.	Estudio retrospectivo basado en registros nacionales de alta hospitalaria en Italia.	Inglés
(40)	Forti P, Maioli F, Magni E, Ragazzoni L, Piperno R, Zoli M, et al.	<i>Risk of Exclusion From Stroke Rehabilitation in the Oldest Old</i>	2018	Investigar si la edad avanzada ≥ 85 (años) es un predictor independiente de exclusión de la rehabilitación del ACV.	Estudio de cohorte retrospectivo realizado con personas mayores diagnosticadas con ACV, en un hospital italiano.	Inglés
(41)	Kiplagat J, Huschke S.	<i>HIV testing and counselling experiences: a qualitative study of older adults living with HIV in western Kenya.</i>	2018	Describe las experiencias de pruebas de VIH de personas mayores que viven con VIH, y cómo su edad determinó la interacción y el trato que recibieron durante la prueba y el diagnóstico del VIH.	Estudio cualitativo realizado con personas ≥ 50 años infectadas por el VIH y que acudieron a los servicios de las clínicas rurales y urbanas en el oeste de Kenia.	Inglés
(42)	Schatz, E, Seeley, J, Negin, J, Mugisha J.	<i>They 'don't cure old age': Older Ugandans' delays to health-care access</i>	2018	Examinar los factores que hacen que los ugandeses mayores retrasen el acceso a la atención médica.	Estudio cualitativo con adultos mayores del distrito Kalungu, en las zonas rurales del suroeste de Uganda.	Inglés
(43)	Schroyen S, Adam S, Marquet M, Jerusalem G, Thiel S, Giraudet AL, et al.	<i>Communication of healthcare professionals: Is there ageism?</i>	2018	Observar si las características del habla de las personas mayores (positivas o negativas) son más frecuentes en los profesionales con una visión negativa del envejecimiento.	Estudio cualitativo con médicos de la ciudad de Liège, en Bélgica.	Inglés

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Referencia	Autores	Título	Año	Objetivos	Métodos	Idioma
(44)	Wiel E, Di Pompéo C, Segal N, Luc G, Marc JB, Vanderstraeten C, et al.	<i>Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study.</i>	2018	Comparar la atención y el resultado del paro cardíaco extrahospitalario en pacientes jóvenes.	Estudio cuantitativo con datos de adultos con cáncer, extraídos del registro nacional francés de paro cardíaco, en Francia.	Inglés
(45)	Dobrowolska B, Jędrzejewicz B, Pilewska-Kozak A, Zarzycka D, Ślusarska B, Deluga A, et al.	<i>Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students.</i>	2019	Explorar la discriminación basada en la edad en las instituciones de salud percibida por las personas mayores y los estudiantes de medicina y enfermería.	Estudio multimétodo con personas de 65 años que asisten a la Universidad de la Tercera Edad en el este de Polonia.	Inglés
(46)	Shin DW, Park K, Jeong A, Yang HK, Kim SY, Cho M, et al.	<i>Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey.</i>	2019	Comprender la visión de los pacientes adultos mayores sobre su cuidado con respecto a la edad. Determinar: 1) si las personas mayores y sus cuidadores creen que los pacientes de edad avanzada deben tener el mismo nivel de atención que los pacientes con cáncer más jóvenes; 2) si los pacientes adultos mayores sufrieron algún tipo de discriminación basada en la edad durante el tratamiento del cáncer.	Investigación cuantitativa realizada con personas mayores con cáncer y sus cuidadores, integrantes del <i>National Cancer Center</i> y de otros diez centros oncológicos regionales en Corea.	Inglés
(47)	Heyman N, Osman I, Ben Natan M.	<i>Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care</i>	2020	Estudiar la prevalencia de las actitudes con respecto a la edad (en función de la franja etaria específica) en personas mayores hospitalizadas en rehabilitación geriátrica, así como la asociación entre la satisfacción con la atención y las actitudes con respecto a la edad. Evaluar si existe asociación entre la satisfacción del paciente con la atención y las actitudes con respecto a la edad de los profesionales de la salud que trabajan en la unidad de rehabilitación. Estudiar la prevalencia de las actitudes con respecto a la edad de los profesionales de la salud.	Estudio cuantitativo con profesionales de la salud y personas mayores, en el departamento de rehabilitación de un centro médico geriátrico, ubicado en el centro-norte de Israel.	Inglés
(48)	Kessler EM, Blachetta C.	<i>Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes.</i>	2020	Investigar cómo las señales de edad en el contexto psicoterapéutico influyen sobre las actitudes en el trato de los profesionales de la salud.	Estudio cuantitativo con psicoterapeutas de la Asociación de Terapia Conductual, de Alemania.	Inglés
(49)	Lee J, Yu H, Cho HH, Kim M, Yang S.	<i>Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea</i>	2020	Analizar las tendencias del prejuicio contra la edad de los profesionales de la salud y estudiantes de medicina en la República de Corea.	Estudio cuantitativo con profesionales de la salud y personas mayores en la República de Corea.	Inglés
(50)	Motsohi T, Namane M, Anele AC, Abbas M, Kalula SZ.	<i>Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment.</i>	2020	Evaluar cómo las personas mayores viven la atención de la salud en dos clínicas de atención primaria; e identificar las lagunas percibidas en la atención de la salud de las personas mayores.	Estudio cualitativo con personas mayores en dos unidades de atención primaria en los suburbios de Ciudad del Cabo, Sudáfrica.	Inglés
(51)	Rababa M, Hammouri AM, Hweidi IM, Ellis JL.	<i>Association of Nurses' Level of Knowledge and Attitudes to Ageism Toward Older Adults: Cross-sectional Study.</i>	2020	Analizar cómo las características sociodemográficas y profesionales de los enfermeros en Jordania se correlacionan con sus niveles de conocimiento, actitudes y edad con respecto a las personas mayores.	Estudio descriptivo, correlacional y transversal, realizado con enfermeros que trabajan en un hospital público y un hospital universitario de Irbid, norte de Jordania.	Inglés
(52)	Tomioka S, Rosenberg M, Fushimi K, Matsuda S.	<i>An analysis of equity in treatment of hip fractures for older patients with dementia in acute care hospitals: observational study using nationwide hospital claims data in Japan.</i>	2020	Evaluar si el estado de demencia está asociado con un peor tratamiento al examinar la asociación entre el estado de demencia del paciente y la probabilidad de recibir cirugía y el tiempo de espera para realizar la cirugía de fractura de cadera en hospitales de cuidados agudos en Japón.	Estudio cuantitativo con personas que sufrieron fractura cerrada de cadera, cuyos datos fueron extraídos de la base de datos <i>Diagnosis Procedure Combination</i> de Japón.	Inglés

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Referencia	Autores	Título	Año	Objetivos	Métodos	Idioma
(53)	Hwang EH, Kim KH.	<i>Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on Nurses' Ageism in South Korea?</i>	2021	Identificar los factores que influyen en los comportamientos de edadistas de los enfermeros	Estudio cuantitativo con enfermeros de dos hospitales generales en una ciudad de una provincial de Corea del Sur.	Inglés

*ACV = Accidente Cerebrovascular; *VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana; *UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Figura 3 - Caracterización de la producción científica sobre edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud. Feria de Santana, BA, Brasil, 2021

La dimensión temporal de los estudios encontrados fue, en general, entre 2000 y 2020, antes de este período, se identificó un artículo publicado en 1985 y otro en 1996. En lo que respecta al tipo de estudio, el 59% eran estudios cuantitativos, el 35% eran estudios cualitativos, el 4%, eran estudios mistos. Los participantes encuestados eran, en general, adultos mayores que utilizan los

servicios de salud (57%), seguidos de profesionales de la salud (40%) y cuidadores de las personas mayores (3%). Los contextos de investigación eran, en general, hospitales públicos y privados de diferentes países, y una minoría pertenecía al área de la atención primaria de la salud. Las expresiones de edadismo se muestran en la Figura 4.

Expresiones de edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud
<p>Menos investigación diagnóstica En la evaluación psiquiátrica no les realizan preguntas sobre el comportamiento sexual a los hombres mayores⁽¹⁶⁾. Baja tasa de verificación histológica⁽¹⁷⁾. Anamnesis breve⁽¹⁸⁾. Inadecuadas investigaciones diagnósticas⁽²¹⁾.</p>
<p>Acceso restringido a los tratamientos Menor número de cirugías curativas y quimioterapia⁽¹⁷⁾. Menos probabilidad de recibir estatinas, bloqueadores beta o aspirina y otros tratamientos potencialmente beneficiosos^(20,29). Tratamiento inadecuado para la disfunción sexual⁽²¹⁾. Menos probabilidad de recibir tratamiento contra el cáncer de manera oportuna. Retrasos injustificados⁽³¹⁾. Omisión de información sobre el estado de la enfermedad y opciones de tratamiento^(46,49).</p>
<p>Menor número de intervenciones quirúrgicas Menor probabilidad de recibir tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia) de cualquier tipo⁽¹⁹⁾. Menos probabilidad de acceder a los recursos disponibles para la cirugía de cataratas⁽²⁴⁾. Menor probabilidad de reconstrucción mamaria y menor incentivo para el uso de inmunoterapia⁽³⁶⁾. Realización de pocas cirugías conservadoras, independientemente de la gravedad clínica del cáncer de mama⁽³⁹⁾. Las personas entre 80 y 90 años tenían menos probabilidades de ser operadas que los pacientes entre 65 y 79 años⁽⁵²⁾.</p>
<p>Uso inapropiado del lenguaje Lenguaje condescendiente e infantilizado^(34,37). Las personas mayores fueron evitadas e ignoradas, y no se garantizó su privacidad⁽³⁷⁾. Las instrucciones se impartieron en lenguaje inaccesible, lo que limita la participación de los adultos de mayor edad⁽⁴¹⁾. Enunciados muy cortos, que expresan características negativas⁽⁴³⁾.</p>
<p>Bajo acceso a servicios y recursos de salud Menos probabilidad de ser enviado a la sala de reanimación de un departamento de emergencias⁽¹³⁾. Profesionales de la salud con menor disposición para tratar personas mayores con ideación suicida⁽¹⁴⁾. Acceso limitado a órganos para trasplante debido a la edad⁽²²⁾. Las personas mayores con episodio psicótico no contaban con acceso a servicios, directrices y financiación pertinentes⁽²⁸⁾. Baja probabilidad de acceso a los servicios de rehabilitación^(34,40).</p>
<p>Atención inadecuada Las personas mayores sienten que no tienen acceso a los mismos cuidados, recursos y orientación que los jóvenes^(16,18,27,46). No se evalúa el riesgo de suicidio⁽¹⁹⁾. Falta de atención a las necesidades de las personas mayores⁽²⁶⁾. Las personas mayores notan que la atención médica que reciben es incompleta, no integral y que cuando interactúan con los médicos sufren prácticas discriminatorias⁽³⁰⁾. Las personas mayores que no se pueden curar con tratamiento médico, también tienen menos prioridad en la atención de enfermería⁽⁵³⁾. Atención apresurada durante la consulta clínica⁽⁴¹⁾. Las personas mayores reciben cuidados menos intensivos durante el Paro Cardiorrespiratorio que las más jóvenes⁽⁴⁴⁾. Falta de inversión en la atención y falta de consideración con respecto a las necesidades holísticas y los desafíos contextuales que enfrentan las personas mayores⁽⁵⁰⁾.</p>
<p>Falta de atención a los familiares Las familias de las personas mayores reciben menos apoyo psicológico, independientemente del pronóstico⁽³⁸⁾.</p>

(continúa en la página siguiente...)

Expresiones de edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud
<p>Comportamientos contra el envejecimiento</p> <p>Actitudes negativas y contra el envejecimiento por parte de los empleados hacia los ancianos⁽²⁵⁾. Falta de valoración social⁽³⁰⁾. Vergüenza al atender a hombres mayores con infecciones de transmisión sexual⁽⁴¹⁾. Las personas del género masculino, con mayor edad y con menor escolaridad, se sintieron discriminadas por su edad en clínicas y hospitales⁽⁴⁵⁾. Los profesionales de la salud judíos demostraron más actitudes contra el envejecimiento que los árabes, incluso los especializados en el área⁽⁴⁷⁾. Los enfermeros de mayor edad mencionaron alta frecuencia de comportamientos negativos sobre la edad en la vida cotidiana⁽⁵¹⁾. Los enfermeros de hospitales generales tienen ansiedad y miedo a la vejez⁽⁵³⁾.</p>
<p>Creencias y estereotipos</p> <p>Los profesionales de la salud son más propensos a pensar que la ideación suicida es normal en las personas mayores y a no utilizar estrategias terapéuticas⁽¹⁴⁾. Los médicos rurales tienen una percepción negativa sobre las personas mayores de 85 años, independientemente de la información sobre el estado de salud y la capacidad funcional y cognitiva⁽²³⁾. Se considera que las personas mayores son débiles y enfermas, tienen menos capacidad cognitiva, son intolerantes e inflexibles, tienen menos capacidades y mayor dificultad para adherir al tratamiento⁽³²⁾. Se cree que las personas mayores son menos activas sexualmente y se sienten incómodos hablando de sexo⁽³⁵⁾. Rechazo hacia las personas mayores, menor interés en tratarlas, percepción de que los tratamientos no tienen éxito y que tienen peor pronóstico⁽⁴⁶⁾.</p>
<p>Enfoque violento</p> <p>Las personas mayores fueron tratadas como objetos y la responsabilidad del cuidado se le delegó a la familia⁽³⁷⁾. Los profesionales de la salud les gritaron a los adultos mayores, fueron groseros, los acusaron de hacerles perder el tiempo y de tomar medicamentos que deberían estar destinados a los más jóvenes; los criticaron por no escuchar y comprender las instrucciones, no seguir los protocolos y consideraron que las quejas eran ilegítimas; les faltaron el respeto, los denigraron, los consideraron poco cooperativos y carentes de inteligencia⁽⁴²⁾.</p>

*ACV = Accidente Cerebrovascular

Figura 4 - Mapeo de expresiones de edadismo contra las personas mayores. Feria de Santana, BA, Brasil, 2021

Las medidas para combatir el edadismo contra las personas mayores se muestran en la Figura 5.

Medidas para combatir el edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud
<p>Mejorar la comunicación entre las personas mayores y el equipo médico⁽¹⁶⁾. Invertir y realizar investigaciones científicas^(15,23,31-32,51). Capacitar y actualizar los conocimientos científicos de los profesionales de la salud^(14,30,35-36,38,41,45,47-48,53). Escuchar a los ciudadanos y administradores de hospitales y las perspectivas que tienen sobre las prioridades de salud de las personas mayores⁽²⁶⁾. Estimular el trabajo de los médicos y enfermeros en las áreas de geriatría y gerontología⁽³²⁾. Educar a los cuidadores familiares, las personas mayores y los profesionales de la salud para combatir el edadismo y tomar decisiones basadas en evidencia científica⁽⁴⁶⁾. Realizar campañas de sensibilización sobre el proceso de envejecimiento y la vejez⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.</p>

Figura 5 - Mapeo de medidas para combatir el edadismo contra las personas mayores en los servicios de salud. Feria de Santana, BA, Brasil, 2021

Discusión

Este estudio mapeó la literatura científica sobre las expresiones de edadismo en los servicios de salud y reveló que a las personas mayores, cuando utilizan estos servicios, se les realizan menos investigaciones diagnósticas, se les restringe el acceso a diferentes tipos de tratamientos e intervenciones quirúrgicas y que, también, en general, reciben una atención inadecuada, que se manifiesta mediante el uso de lenguaje inapropiado por parte de los profesionales de la salud, conductas contra el envejecimiento y cuidados basados en creencias y estereotipos, que implica, incluso, un enfoque violento. Además, los familiares de las personas mayores, reciben menos apoyo psicológico, lo que denota el sesgo etario. Los mecanismos para combatirlo consisten, principalmente,

en implementar intervenciones educativas y fortalecer los canales de comunicación entre las personas mayores, los profesionales de la salud y los gestores institucionales.

La lucha contra el edadismo tiene como hito internacional la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, de 2002, que viene orientando acciones públicas, civiles y en el campo de la salud pública en diversas partes del planeta. Sin embargo, recién en mayo 2016, los 194 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, junto con otros colaboradores, llevó a cabo la Campaña mundial contra el edadismo para mejorar el día a día de los adultos mayores y optimizar la implementación de políticas públicas, dar visibilidad al fenómeno en pro de lograr cambiar la forma en que las personas piensan, sienten y actúan cuando se trata de la edad y el envejecimiento⁽⁵⁴⁾.

A este hito social destacado se le suma el compromiso de los países para luchar contra el edadismo, reafirmado en la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030), el 14 de diciembre de 2020, que se basa en el plan de acción decenal: estrategia /plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud (2016-2030); Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Ambos fueron aprobados en agosto de 2020 por la Asamblea Mundial de la Salud y, en diciembre de 2020, por la Asamblea General de las Naciones Unidas⁽⁵⁵⁾. Por lo tanto, la prevención y la lucha contra el edadismo se ha convertido en una de las cuatro áreas de acción prioritarias de las Naciones Unidas. Este movimiento se ha reflejado en las producciones científicas, en las mismas se puede observar que hubo un aumento en el desarrollo de la investigación a partir del año 2001.

El tema del envejecimiento actualmente ha generado preocupaciones intelectuales y políticas en las sociedades capitalistas, no sólo porque constituye un fenómeno demográfico, sino también porque involucra aspectos económicos, sociales, políticos, culturales y éticos de gran impacto, que determinan la calidad del compromiso de las sociedades con los derechos humanos. En este contexto, se vislumbran las dualidades actuales: si bien, por un lado, el envejecimiento humano/poblacional representa un avance de la medicina/salud pública, sumado a una cultura del respeto a las diferencias, garantizada por derechos y políticas públicas; por otro lado, el aumento de la cantidad de personas mayores en la sociedad es visto como un factor que impide el crecimiento económico, paradoja con lógicas opuestas, la del lucro *versus* la de las necesidades humanas⁽⁵⁶⁾.

Por lo tanto, la lógica neoliberal que menosprecia a los más viejos, sostiene la propagación de imágenes y actitudes negativas sobre las personas mayores, se traslada al trabajo cotidiano de los profesionales de la salud en los servicios, mediante la creación de estereotipos (pensamientos), prejuicios (sentimientos) y discriminación (acción), que se expresan a nivel interpersonal e institucional y atraviesan el proceso de trabajo de los profesionales de la salud^(7,57).

El edadismo interpersonal incluye actitudes prejuiciosas sobre el proceso de envejecimiento, e incluye el edadismo autodirigido⁽⁴¹⁾. El mismo se observó en los resultados de este estudio a partir de las expresiones que manifestaron en la forma de actuar los profesionales de la salud durante la atención, por medio de conductas contra el envejecimiento, basadas en creencias y estereotipos que afectan la calidad de la atención sanitaria que se les brinda a las personas mayores, tales como: anamnesis breve^(21,24); menos orientación sobre el tratamiento u orientación en un lenguaje incomprensible

o infantilizado⁽³⁴⁾; vergüenza al atender a las personas mayores^(35,41); delegar la responsabilidad del cuidado a la familia⁽³⁷⁾; no preocuparse por la falta de privacidad, trato desigual, inhumano, irrespetuoso que ignora las especificidades y vulnerabilidades de la vejez^(37,42); percepción negativa sobre el trato y sobre el adulto mayor en general^(23,25,32,47-48,51).

Las relaciones familiares son decisivas para el edadismo interpersonal⁽⁵⁾, es el contexto en el que se ejerce la función de cultivar creencias, valores y principios que constituyen la cultura de un grupo y, al mismo tiempo, en el que los jóvenes responden a las demandas de la sociedad líquida. El adjetivo "líquido" reúne características de la sociedad individualista contemporánea, poco solidaria, con frágiles lazos comunitarios, competitiva, centrada en la rapidez de la ejecución de las tareas y el consumo indiscriminado de productos, escenario que es ampliamente difundido en las redes sociales y canales de comunicación⁽⁵⁸⁾.

Como resultado, experimentamos una sociedad excluyente, con conflictos intergeneracionales frecuentes y estigmatización de los adultos mayores, que se practica en las interacciones familiares mediante actitudes de desacreditación, desprecio y uso de adjetivos despectivo, que las personas mayores asimilan y en función de las cuales configuran una autoimagen y una identidad deteriorada. Por ende, es común que la familia tome distancia o los abandone, especialmente cuando presentan dificultades físicas que requieren mayor atención y protección⁽⁵⁹⁾.

Todas estas expresiones de edadismo, mapeadas por esta revisión, revelan que a los adultos mayores se los considera una carga para la sociedad y responsables del aumento del presupuesto público que se disputan tanto el trabajo como el capital. Además de todas las expresiones de edadismo, esta población tiene los índices más altos de negligencia pública y privada, sufre discriminación social, pobreza y violencia⁽⁶⁰⁾.

Si bien la realidad objetiva del envejecimiento poblacional es producto de las mejoras en el acceso a los recursos tecnológicos y de salud, la realidad subjetiva de los estereotipos etarios va en una dirección negativa, que promueve las desigualdades, la enfermedad y la exclusión y se debe, en parte, a la multimillonaria industria contra el envejecimiento, que promueve la estigmatización al poner supuestos atributos del anciano en una categoría contra la cual hay que luchar y evitar a toda costa⁽⁶¹⁾. Esto se refleja en la atención que reciben en los servicios de salud, cuando el profesional, que tiene una visión negativa de la vejez y el envejecimiento, se basa en esas percepciones, a veces inconscientemente, a la hora de brindarles atención.

El edadismo institucional, si bien está directamente relacionado con el edadismo interpersonal, se diferencia del mismo porque incluye principios etarios en reglas y procedimientos formales y en culturas institucionales más amplias⁽⁷⁾, lo que no necesariamente requiere que haya intención o conciencia del prejuicio contra las personas mayores, dado que, en general, dicho prejuicio institucional no se reconoce, y las reglas, normas y prácticas de la institución son de larga data, lo que la convierte en un fenómeno de coerción social. Por lo tanto, se acepta de forma natural, por lo que es difícil que se pueda criticar, cuestionar y modificar, ello genera efectos implícitos y explícitos de este fenómeno⁽⁶²⁾, como impactos sobre la salud física y mental, el bienestar social y la economía de las personas mayores, las familias y la sociedad⁽⁵⁷⁾. Además, es posible que el edadismo institucional favorezca que se etiquete a las personas según su edad, despersonalizándolas, desconociendo la subjetividad y las especificidades de las mismas.

Las expresiones de edadismo que se presentan en esta revisión denotan hasta qué punto se menosprecia a las personas mayores cuando acuden a los servicios de salud, y cómo la edad cronológica puede hacer que reciban menor calidad de atención, y al mismo tiempo enfrenten barreras en el acceso a los recursos de salud, como intervenciones quirúrgicas^(17,24,36,39,52), servicios de rehabilitación^(21,40), prescripción de medicamentos^(20,29) y diferentes tratamientos^(13,15,19,38,46), falta de asistencia, demoras injustificadas, menor esfuerzo en la atención que se le brinda a esa población y prioridad de atención para los más jóvenes. Otros estudios confirman las consecuencias deletéreas del edadismo en la salud de las personas mayores⁽³⁻⁵⁾.

Las repercusiones del edadismo también se reflejan en el tipo de atención que reciben los familiares de los adultos mayores, que tienden a recibir menos apoyo psicológico, independientemente del resultado clínico⁽³⁸⁾, y pueden imponer nuevos e intensos desafíos cuando se trata de personas mayores con algún grado de dependencia o que necesitan cuidados a largo plazo. Esto sucede porque la falta de una red de protección y defensa de los derechos lleva a los adultos mayores a enfrentar serios problemas en su vida cotidiana y los más agobiados son los familiares, especialmente, los de las personas mayores dependientes de cuidados⁽⁵⁶⁾.

En las instituciones de salud y cuidados a largo plazo, el edadismo es omnipresente, socialmente aceptado, generalmente pasa desapercibido y está fuertemente institucionalizado; es extremadamente nocivo para la salud y el bienestar, se lo asocia con un peor desempeño en las tareas físicas y cognitivas, peor salud física y mental, recuperación más lenta de la discapacidad y

disminución de la longevidad; influye en los valores sociales y moldea el enfoque de la investigación y la política, e incluso cómo se conceptualizan los problemas, se proponen soluciones y las instituciones desarrollan e implementan reglas y procedimientos⁽⁵⁷⁾.

Por lo tanto, es necesario que las estrategias para combatirlo sean permanentes y continuas, y se implementen de arriba hacia abajo (de la sociedad al individuo) y de abajo hacia arriba (del individuo a la sociedad, considerando el papel de las personas mayores), tengan como objetivo común reforzar las condiciones que promueven imágenes positivas sobre la edad y reducir las condiciones que promueven estereotipos negativos sobre la edad⁽⁶¹⁾. Esto se debe a que la evidencia demuestra que mayores niveles de conocimiento sobre la vejez se asocian con menos actitudes contra el envejecimiento⁽⁴⁷⁾.

Durante los procesos de formación se capacita a los futuros profesionales de la salud para tratar y lograr resultados a través de la hospitalización, del tratamiento de enfermedades puntualmente, y considerar la edad como marcador aislado de salud/enfermedad⁽⁴⁵⁾. Aunque las necesidades de muchas personas mayores pueden ser satisfechas mediante la atención interdisciplinaria en el contexto de la atención primaria de salud, la escasa vinculación que hay entre las acciones y los determinantes sociales en salud revela las dificultades que tienen los profesionales para pasar de la atención biomédica, puramente repetitiva, a la atención integral, interaccionista. Los profesionales reafirman la perspectiva hospitalaria, especializada y circunscrita a la enfermedad, que refuerza los paradigmas históricos y hegemónicos en Brasil⁽⁶³⁾, que consideran que la vejez es una etapa de la vida en la que termina el desarrollo del sujeto, y en la que es normal que haya pérdidas y frustraciones ante el declive físico, a pesar de tener experiencia y sabiduría⁽⁶⁴⁾, lo que refuerza connotaciones negativas y reflejan estereotipos peyorativos que establecen la enfermedad como una condición intrínseca de la vejez⁽⁴⁵⁾.

Por lo tanto, es necesario analizar la edad en el contexto del funcionamiento físico, enfermedades asociadas, esperanza de vida, capacidad cognitiva, independencia funcional, estado nutricional, entre otros indicadores importantes que contribuyen a determinar el tratamiento adecuado⁽⁴⁹⁾. Es necesario que se implementen enfoques más reflexivos, centrados en las necesidades de las personas mayores y que incluyan la variable edad en los análisis del ciclo de vida del ser humano, en el abordaje de los aspectos fisiológicos del envejecimiento, en evaluaciones geriátrico-gerontológicas amplias⁽⁴⁶⁾ para brindar una atención basada en la promoción de la salud y la prevención de riesgos y lesiones, que considere al adulto mayor y su contexto social, familiar, económico y cultural.

De todas formas, es necesario reconocer la presencia del edadismo en los ambientes de salud⁽⁴⁵⁾ para que los profesionales de la salud estén atentos a las prácticas guiadas por estereotipos, prejuicios y discriminación por edad y que la gestión de los servicios de salud fomente e implemente intervenciones educativas para los profesionales de la salud a fin de concientizarlos y sensibilizarlos sobre la lucha contra el edadismo en los servicios de salud.

Otro frente de lucha que revelan los resultados de este estudio es la financiación de investigaciones y proyectos relacionados con el tema de la edad, la creación de campañas educativas para sensibilizar a la población sobre la edad, el envejecimiento, la vejez y el edadismo⁽⁵¹⁾ y la difusión de los derechos y deberes de las personas mayores para empoderar y estimular estrategias emancipatorias en comunidades, iglesias, grupos comunitarios, consejos locales de los derechos de las personas mayores, universidades abiertas para los adultos mayores, asociaciones barriales y colectivos.

El edadismo, en general, es un tema poco conocido por la población, y los resultados de esta revisión contribuyen no sólo a suscitar la discusión sobre el tema, sino también a avanzar en el conocimiento científico e innovar, al mostrar cómo los estereotipos, los prejuicios y la discriminación por edad se expresan en el día a día de los servicios de salud, revelando cuán desigual e injusta puede ser la atención que reciben las personas mayores en los contextos en los que deberían atenderlas.

Las limitaciones de este estudio son identificar expresiones de edadismo en servicios de salud, informadas explícitamente por los autores de los artículos analizados y que los revisores no hayan podido acceder a algunos textos completos, aun después de habérselos solicitado a los autores.

Conclusión

El edadismo dirigido a los adultos mayores en los servicios de salud se manifiesta mediante expresiones negativas de discriminación, prejuicio y estereotipos basadas en la edad que restringen el acceso de las personas mayores y sus familias a los recursos y servicios de salud, reduciendo las oportunidades de tratamiento, rehabilitación y cura, que atraviesan el proceso de trabajo en salud. Las estrategias contra el edadismo incluyen intervenciones educativas por medio de la educación para la salud, campañas de concientización, actualización del conocimiento científico y ampliación de los canales de comunicación entre personas mayores, profesionales de la salud y gestores. Las expresiones de edadismo en el contexto de los servicios de salud que integran el Sistema

Único de Salud constituyen una brecha de conocimiento, al igual que las expresiones de edadismo implícitas.

Los estudios mapeados mencionan el edadismo explícito, que se sabe que existe porque fue identificado en estudios primarios, por lo tanto, al parecer, hay un vacío en el conocimiento científico sobre las formas de estereotipos, prejuicios y discriminación que implícitamente coexisten en los servicios de salud. De forma similar, la falta de estudios en Brasil limita las inferencias de los autores y hace que sea imposible analizar el fenómeno en el contexto de los servicios de salud que integran el Sistema Único de Salud.

Comprender estas expresiones puede tener implicaciones para que los profesionales en ejercicio reconozcan la presencia del edadismo interpersonal o institucional y estén atentos a la (falta de) cuidado guiado por el sesgo de la edad y para sensibilizarlos a fin de que implementen estrategias para combatirlo. Con respecto al ambiente académico, los hallazgos de este estudio pueden orientar investigaciones que analicen el edadismo en la realidad brasileña, a través de la escucha de personas mayores, familiares, profesionales de la salud y gestores en diversos servicios de salud públicos y privados, además de apoyar acciones extensionistas para enfrentar y prevenir el edadismo en los contextos de salud.

Referencias

1. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969;9:243-6. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
2. Ayalon L, Tesch-Romer C. Introduction to the section: Ageism, Concept and Origins. In: Ayalon L, Tesch-Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. New York, NY: Sheying Chen Pace University; 2018 [cited 2023 Feb 20]. p. 1-10. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>
3. 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;17:2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
4. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(1):e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
5. Araujo PO, Freitas RA, Duarte ED, Cares LJ, Rodríguez KA, Guerra V, et al. 'The other' of the COVID-19 pandemic: ageism toward the elderly people in newspapers in Brazil and Chile. *Saúde Debate*. 2022;46(134):613-29. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213402>
6. Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems.

- In: Ayalon L, Tesch-Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. New York, NY: Sheying Chen Pace University; 2018 [cited 2023 Feb 20]. p. 193-212. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>
7. Lloyd-Sherlock PG, Ebrahim S, McKee M, Prince MJ. Institutional ageism in global health policy. *BMJ*. 2016;354:i4514. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>
 8. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 2019;109(8):e1-9. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305123>
 9. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIManual for Evidence Synthesis* [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
 10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
 11. Araujo PO, Carvalho ESS. Ageism against elderly people in health services: scoping review protocol. *Online Braz J Nurs*. 2023;22(Suppl 1):e20236602. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236602>
 12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol*. 2021;134:103-12. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>
 13. Grant PT, Henry JM, McNaughton GW. The management of elderly blunt trauma victims in Scotland: evidence of ageism? *Injury*. 2000;31(7):519-28. [https://doi.org/10.1016/s0020-1383\(00\)00038-3](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(00)00038-3)
 14. Uncapher H, Areán PA. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(2):188-92. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03910.x>
 15. Bouman WP, Arcelus J. Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(1):27-31. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200101\)16:1<27::AID-GPS267>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200101)16:1<27::AID-GPS267>3.0.CO;2-S)
 16. Kennelly C, Bowling A. Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Qual Health Care*. 2001;10(Suppl 1):i23-8. <https://doi.org/10.1136/qhc.0100023>
 17. Austin D, Russell EM. Is There Ageism in Oncology? *Scott Med J*. 2003;48(1):17-20. <https://doi.org/10.1177/003693300304800105>
 18. Fischer LR, Wei F, Solberg LI, Rush WA, Heinrich RL. Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(11):1554-62. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51506.x>
 19. Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing*. 2003;32(2):171-7. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.2.171>
 20. Williams D, Bennett K, Feely J. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2003;55(6):604-8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.01795.x>
 21. Bhalla A, Grieve R, Tilling K, Rudd AG, Wolfe CD. Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome. *Age Ageing*. 2004;33(6):618-24. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh219>
 22. Van Delden JJ, Vrakking AM, Van Der Heide A, Van Der Maas PJ. Medical decision making in scarcity situations. *J Med Ethics*. 2004;30(2):207-11. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.003681>
 23. Gunderson A, Tomkowiak J, Menachemi N, Brooks R. Rural physicians' attitudes toward the elderly: evidence of ageism? *Qual Manag Health Care*. 2005;14(3):167-76. <https://doi.org/10.1097/00019514-200507000-00006>
 24. Finger RP, Ali M, Earnest J, Nirmalan PK. Cataract surgery in Andhra Pradesh state, India: an investigation into uptake following outreach screening camps. *Ophthalmic Epidemiol*. 2007;14(6):327-32. <https://doi.org/10.1080/01658100701486814>
 25. Manthorpe J, Clough R, Cornes M, Bright L, Moriarty J, Iliffe S. Four years on: The impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people. *Age Ageing*. 2007;36(5):501-7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm078>
 26. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø A, Grøthe KH, Kirkevold M, et al. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *J Med Ethics*. 2008;34(4):230-5. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.018531>
 27. Hudelson P, Kolly V, Perneger T. Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expect*. 2010;13(1):24-32. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00577.x>
 28. Mitford E, Reay R, McCabe K, Paxton R, Turkington D. Ageism in first episode psychosis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(11):1112-8. <https://doi.org/10.1002/gps.2437>
 29. Protière C, Viens P, Rousseau F, Moatti JP. Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;75(2):138-50. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.09.007>

30. Clarke LH, Bennett EV, Korotchenko A. Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians. *Can J Aging*. 2014;33(1):26-37. <https://doi.org/10.1017/s0714980813000597>
31. Forrest LF, Adams J, White M, Rubin G. Factors associated with timeliness of post-primary care referral, diagnosis and treatment for lung cancer: population-based, data-linkage study. *Br J Cancer*. 2014;111:1843-51. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.472>
32. Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N. Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse*. 2014;48(1):88-97. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.48.1.88>
33. Skirbekk H, Nortvedt P. Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause "ageism" in hospitals. *Health Care Anal*. 2014;22(2):192-201. <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0207-2>
34. Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, Alon S, Leibovitz A, Golander H, et al. Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *Eur J Ageing*. 2016;14(1):39-48. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>
35. Davis T, Teaster PB, Thornton A, Watkins JF, Alexander L, Zanjani F. Primary Care Providers' HIV Prevention Practices Among Older Adults. *J Appl Gerontol*. 2016;35(12):1325-42. <https://doi.org/10.1177/0733464815574093>
36. Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, Gilles C, Adam S. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(5):749-57. <https://doi.org/10.1017/s1041610215001970>
37. Taverner T, Baumbusch J, Taipale P. Normalization of Neglect: A Grounded Theory of RNs' Experiences as Family Caregivers of Hospitalized Seniors. *Can J Aging*. 2016;35(2):215-28. <https://doi.org/10.1017/s0714980816000179>
38. Demetriadou E, Kokkinou M, Metaxas G, Kyriakides E, Kyprianou T. Psychological support for families of ICU patients: longitudinal documentation of the service. *Psychol Health Med*. 2017;22(6):736-43. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1231922>
39. Di Rosa M, Chiatti C, Rimland JM, Capasso M, Scandali VM, Prospero E, et al. Ageism and surgical treatment of breast cancer in Italian hospitals. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30(2):139-44. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0757-0>
40. Forti P, Maioli F, Magni E, Ragazzoni L, Piperno R, Zoli M, et al. Risk of Exclusion From Stroke Rehabilitation in the Oldest Old. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;99(3):477-83. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.08.469>
41. Kiplagat J, Huschke S. HIV testing and counselling experiences: a qualitative study of older adults living with HIV in western Kenya. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):257. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0941-x>
42. Schatz E, Seeley J, Negin J, Mugisha J. They 'don't cure old age': Older Ugandans' delays to health-care access. *Ageing Soc*. 2018;38(11):2197-217. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000502>
43. Schroyen S, Adam S, Marquet M, Jerusalem G, Thiel S, Giraudet AL, et al. Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *Eur J Cancer Care*. 2018;27(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.12780>
44. Wiel E, Di Pompéo C, Segal N, Luc G, Marc JB, Vanderstraeten C, et al. Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(6):505-12. <https://doi.org/10.1177/1474515117746329>
45. Dobrowolska B, Jędrzejkiewicz B, Pilewska-Kozak A, Zarzycka D, Ślusarska B, Deluga A, et al. Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nurs Ethics*. 2019;26(2):443-59. <https://doi.org/10.1177/0969733017718392>
46. Shin DW, Park K, Jeong A, Yang HK, Kim SY, Cho M, et al. Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey. *J Geriatr Oncol*. 2019;10(3):459-64. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.09.006>
47. Heyman N, Osman I, Ben Natan M. Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care. *Int J Older People Nurs*. 2020;15(2):e12307. <https://doi.org/10.1111/opn.12307>
48. Kessler EM, Blachetta C. Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging Ment Health*. 2020;24(1):193-6. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889>
49. Lee J, Yu H, Cho HH, Kim M, Yang S. Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea. *Ann Geriatr Med Res*. 2020;24(1):41-9. <https://doi.org/10.4235/agmr.19.0043>
50. Motsuhi T, Namane M, Anele AC, Abbas M, Kalula SZ. Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment. *BJGP Open*. 2020;4(3):bjgpopen20X101048. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101048>
51. Rababa M, Hammouri AM, Hweidi IM, Ellis JL. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. 2020;22(3):593-601. <https://doi.org/10.1111/nhs.12701>

52. Tomioka S, Rosenberg M, Fushimi K, Matsuda S. An analysis of equity in treatment of hip fractures for older patients with dementia in acute care hospitals: observational study using nationwide hospital claims data in Japan. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):830. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05690-9>
53. Hwang EH, Kim KH. Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on Nurses' Ageism in South Korea? *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):4091. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084091>
54. World Health Organization. The Global Campaign to Combat Ageism calls on us to act together. *Nature Aging.* 2021;1(2):146. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00036-4>
55. Organização Mundial da Saúde. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. In: 69.ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, 2016 May 27. [cited 2023 Feb 20]. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>
56. Mendonça JMB, Abigail APC, Pereira PAP, Yuste A, Ribeiro JHS. The meaning of aging for the dependent elderly. *Ciênc Saude Coletiva.* 2021;26(01):57-65. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32382020>
57. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório mundial sobre o idadismo [Internet] Washington, D.C.; 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55872>
58. Bauman Z. Modernidad líquida. Argentina: Fondo de Cultura Económica; 2015.
59. Carvalho ESS, Carneiro JM, Gomes AS, Freitas KS, Jenerette CM. Why does your pain never get better? Stigma and coping mechanism in people with sickle cell disease. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(3):e20200831. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0831>
60. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER. Contributions to address violence against older adults during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Ciênc Saude Coletiva.* 2020;25(suppl 2):4177-84. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>
61. Levy BR. Age-Stereotype Paradox: Opportunity for Social Change. *Gerontologist.* 2017;57(suppl_2):S118-26. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx059>
62. Durkheim E. As regras do método sociológico. São Paulo: Edipro; 2012.
63. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia CAS Júnior, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Primary Health Care in caring for dependent older adults and their caregivers. *Ciênc Saude Coletiva.* 2021;26(1):99-108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>
64. Freitas MC, Ferreira MA. Old age and elderly people: social representations of adolescent students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(3):750-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300014>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Pricila Oliveira de Araújo, Anderson Reis de Sousa, Evanilda Souza de Santana Carvalho. **Obtención de datos:** Pricila Oliveira de Araújo, Isabela Machado Sampaio Costa Soares, Elena Casado Aparicio. **Análisis e interpretación de los datos:** Pricila Oliveira de Araújo, Isabela Machado Sampaio Costa Soares, Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, Anderson Reis de Sousa, Elena Casado Aparicio, Evanilda Souza de Santana Carvalho. **Análisis estadístico:** Pricila Oliveira de Araújo. **Redacción del manuscrito:** Pricila Oliveira de Araújo, Isabela Machado Sampaio Costa Soares, Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, Anderson Reis de Sousa, Elena Casado Aparicio. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Pricila Oliveira de Araújo, Isabela Machado Sampaio Costa Soares, Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, Anderson Reis de Sousa, Elena Casado Aparicio, Evanilda Souza de Santana Carvalho.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.


Recibido: 28.02.2023
Aceptado: 20.07.2023

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Autor de correspondencia:

Pricila Oliveira de Araújo

E-mail: poaraujos@uefs.br

 <https://orcid.org/0000-0002-7941-9263>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.