



El edadismo en España

Análisis de impacto según
la Escala del Edadismo de la
Organización Mundial de la Salud

Documento elaborado por:
HelpAge International España

Coordinadora:
Rosario Otegui

Autora:
Belén Martínez

Colaboración:
Universidad de Edimburgo
Organización Mundial de la Salud
HelpAge International
Carla Flores
Inés Llorente
Lucas Suárez

Fecha:
Febrero 2026

Copyright: ©
Fundación HelpAge International España 2026.
El contenido es responsabilidad única y exclusiva de la Fundación HelpAge International España y, en ningún caso, refleja la opinión o puntos de vista del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Cualquier parte de esta publicación puede ser reproducida sin permiso para fines educativos y sin ánimo de lucro. Por favor, atribuir explícitamente la autoría a HelpAge International España y envíen una copia o enlace de este a la dirección de correo electrónico: correo@helpage.org

Imprenta:
Gráficas AGA

Subvencionado por:



Diseño y maquetación:
Teresa Almansa - www.teresalmansa.com

Fotografías:
Banco de imágenes - www.freepik.es

Índice

Introducción	4
Agradecimientos	6
¿Qué es el edadismo?	8
¿Qué es la Escala del Edadismo?	14
Validación de la Escala del Edadismo en otros países por HelpAge International	18
Moldavia	20
Libia	21
Líbano	22
Colombia	23
Validación de la Escala del Edadismo en España	24
Metodología	25
Perfil de las personas encuestadas	28
Representatividad de la muestra	33
Resultados	34
Observaciones directas en campo	42
Conclusión	48
Recomendaciones	50
Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN

El Observatorio del Edadismo de la Fundación HelpAge International España presenta por primera vez los resultados de la aplicación de la Escala del Edadismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en territorio español. En 2026, casi 10 millones de personas mayores de 65 años residen en España¹, representando el 20,4% de la población total —una de las tasas más altas de Europa—, con más de 650.000 personas mayores de 90 años y una proporción de mayores de 80 años que alcanza el 6,1% de la población española.

Esta realidad demográfica inédita, combinada con una esperanza de vida líder mundial de 84,1 años², plantea la necesidad urgente de comprender y abordar el edadismo como obstáculo estructural para el envejecimiento saludable y la plena ciudadanía de las personas mayores. La Escala del Edadismo de la OMS permite, por primera vez en España, cuantificar sistemáticamente las experiencias de estereotipos, prejuicios y discriminación por edad —autoinfligidos, interpersonales e institucionales—, ofreciendo datos rigurosos y comparables con otros países donde HelpAge ya la ha validado (Moldavia, Libia, Líbano, Colombia).

¹ CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC), Un perfil de las personas mayores en España 2025. Indicadores estadísticos básicos, disponible en: <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2025/10/enred-indicadoresbasicos2025.pdf>

² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE), España en cifras 2025, disponible en: https://ine.es/infografias/infografia_espana_cifras2025.pdf

¿Por qué es relevante?

En un país donde las personas mayores cada vez suponen un mayor número de la población española y mundial, medir el edadismo resulta esencial para:

- Visibilizar un fenómeno que afecta a una de cada dos personas globalmente y limita salud, participación y derechos.
- Orientar políticas que garanticen servicios inclusivos, ciudades amigables y empleo intergeneracional, alineándose con la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030.

Este informe documenta los hallazgos nacionales y territoriales, aspirando a convertirse en herramienta clave para decisores políticos, profesionales sociosanitarios, medios y sociedad civil en la construcción de una España para todas las edades.

10M

Personas

>65

Años

20,4%

Población

+650.000

Personas

>90

Años

>80

Años

6,1%

Población

84,1

Años de
esperanza
de vida

Agradecimientos

Este informe no habría sido posible sin la colaboración institucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Universidad de Edimburgo, el Imserso y HelpAge International, cuyo apoyo, junto con el de HelpAge International España, hizo posible el desarrollo de la Escala.

Un agradecimiento especial a todas las entidades colaboradoras de HelpAge International España que facilitaron el contacto con personas mayores distribuidas por toda la geografía nacional: asociaciones locales, centros de día, residencias y organizaciones de personas mayores que facilitaron el acceso a sus redes para hacer posible esta encuesta representativa.

Nuestra gratitud más profunda a las más de 200 personas mayores participantes que generosamente cedieron su tiempo y compartieron sus experiencias personales con el edadismo, permitiendo visibilizar un fenómeno que afecta su día a día y el de millones de personas en España. Su testimonio es la base de este trabajo.

Entidades colaboradoras:



En colaboración con:



Subvencionado por:



01

¿Qué es el edadismo?





La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el edadismo como la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) hacia otras personas o hacia una misma en función de la edad³. Se produce cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas de manera que se generan daños, desventajas o injusticias, y puede afectar tanto a personas jóvenes como mayores, aunque las personas mayores lo sufren con especial intensidad.

Estereotipos

Prejuicios

Discriminación

Para entender bien la Escala del Edadismo y su pilotaje en España, conviene aclarar qué significan estereotipos, prejuicios y discriminación cuando hablamos de edad.

3 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Informe mundial sobre el edadismo, 2021, disponible en: <https://iris.paho.org/items/5ec40a5d-32a9-4dc6-ad45-97661de2bff7>

Estereotipos

Los estereotipos son las ideas, creencias o imágenes mentales que tenemos sobre un grupo de personas, en este caso sobre las personas de determinada edad, que simplifican excesivamente la realidad⁴. Se construyen socialmente y se utilizan como “atajos” para pensar, pero suelen ser generalizaciones rígidas que no reconocen la diversidad de trayectorias, capacidades y experiencias dentro de un mismo grupo de edad.

En el ámbito del edadismo, estos **estereotipos pueden ser negativos** (por ejemplo, asociar automáticamente vejez con enfermedad, dependencia, incapacidad para aprender o falta de productividad), **pero también “positivos” en apariencia**, como, por ejemplo, considerar que todas las personas mayores son sabias, cariñosas o desinteresadas.

Ambos tipos de estereotipos pueden ser problemáticos, porque reducen a las personas a su edad y no a sus características individuales, y pueden justificar prácticas que limiten su autonomía y su participación social, sin necesidad de atender a las características específicas de cada una de las personas mayores.



4 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Informe mundial sobre el edadismo, 2021, disponible en: <https://iris.paho.org/items/5ec40a5d-32a9-4dc6-ad45-97661de2bff7>

Prejuicios

Los prejuicios son las evaluaciones y emociones (rechazo, miedo, lástima, irritación, paternalismo) que se asocian a esos estereotipos y que colorean la forma en que sentimos hacia las personas de una determinada edad⁵. A diferencia del estereotipo, el prejuicio implica una carga afectiva: no solo “pienso que las personas mayores son X”, sino que “me generan una determinada emoción” por ser mayores.

En el edadismo, los prejuicios hacia las personas mayores **pueden expresarse como lástima excesiva, miedo a envejecer o rechazo a compartir espacios y recursos con ellas**, lo que a su vez influye en la forma en que se diseñan políticas, servicios y prácticas cotidianas. Estos prejuicios **también pueden ser autoinfligidos**, cuando las propias personas mayores interiorizan mensajes negativos sobre la vejez y desarrollan sentimientos de vergüenza, inutilidad o resignación por cumplir años.

Discriminación

La discriminación es la dimensión conductual del edadismo: son las acciones, omisiones y decisiones concretas que tratan de manera desigual a las personas en función de su edad, generando desventajas, exclusiones o vulneraciones de derechos⁶. Puede darse en múltiples ámbitos (sanitario, laboral, social, mediático, institucional) y adoptar formas directas (negar un servicio o un derecho explícitamente por edad) o indirectas (normas aparentemente neutras que perjudican especialmente a ciertos grupos de edad).

5 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Informe mundial sobre el edadismo, 2021, disponible en: <https://iris.paho.org/items/5ec40a5d-32a9-4dc6-ad45-97661de2bff7>

6 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Informe mundial sobre el edadismo, 2021, disponible en: <https://iris.paho.org/items/5ec40a5d-32a9-4dc6-ad45-97661de2bff7>

En el caso del edadismo, la discriminación **puede ser interpersonal** (por ejemplo, hablar a las personas mayores como si fueran niños, no consultarles decisiones que les afectan o asumir que no pueden participar en determinadas actividades) **o institucional** (políticas que excluyen a las personas mayores de determinados tratamientos, programas o prestaciones solo por su edad cronológica). **También puede ser edadismo autoinfligido** cuando la propia persona limita sus decisiones, renuncia a oportunidades o acepta tratos injustos porque considera que “ya no le toca” o “no merece” ciertos recursos o tratos debido a su edad.

Relación con la Escala del Edadismo

La Escala del Edadismo de la OMS se construye precisamente para captar estas tres dimensiones: lo que pensamos (estereotipos), lo que sentimos (prejuicios) y cómo actuamos (discriminación) en relación con la edad. Entender bien cada uno de estos conceptos es clave para interpretar los ítems de la Escala, distinguir entre edadismo autoinfligido, interpersonal e institucional y, en el caso del pilotaje en España, analizar cómo se distribuyen estas manifestaciones según variables como la edad, el género, la educación, la salud o el contexto territorial.

El Informe Mundial sobre el Edadismo de la OMS muestra que el edadismo se trata de un fenómeno global y generalizado: se estima que **una de cada dos personas en el mundo mantiene actitudes edadistas hacia las personas mayores**. La evidencia sintetizada por la OMS indica que el edadismo perjudica la salud física y mental, se asocia con mayor aislamiento social y soledad, peor bienestar, más inseguridad económica y una reducción de la esperanza de vida, además de constituir una vulneración de los derechos humanos y un obstáculo para el envejecimiento saludable.



02

¿Qué es la Escala del Edadismo?



La Escala del Edadismo de la OMS es un instrumento estandarizado, libre y basado en evidencia, diseñado para medir de manera comparable y rigurosa las experiencias y manifestaciones del edadismo en contextos globales diversos, desde la adolescencia hasta la vejez.

Desarrollada por la Unidad de Cambio Demográfico y Envejecimiento Saludable de la OMS en colaboración con expertos en medición de edadismo como la Universidad de Edimburgo, forma parte de la Campaña Global contra el Edadismo y responde a la necesidad de cuantificar un fenómeno antes invisible para generar datos sólidos que orienten políticas, intervenciones y evaluaciones.

La Escala captura las tres dimensiones esenciales del edadismo —estereotipos (cómo pensamos), prejuicios (cómo sentimos) y discriminación (cómo actuamos)— y evalúa sus tres niveles de manifestación: autodirigido (interiorizado por la propia persona), interpersonal (en relaciones cara a cara) e institucional (a través de políticas, normas o servicios).

Dimensiones:

Estereotipos

Prejuicios

Discriminación

Niveles de manifestación:

Autodirigido

Interpersonal

Institucional

Consta de **15 ítems o afirmaciones** que las personas **responden recordando experiencias de los últimos 12 meses**, valorando su grado de acuerdo **en una Escala Likert de 1 a 5** (por ejemplo: “Me avergüenzo de mi edad”, “Otras personas me hacen sentir excluido por mi edad” o “Me han rechazado oportunidades por mi edad”). Los ítems negativos se puntúan directamente y los positivos se invierten, de modo que puntuaciones más altas indican mayor exposición al edadismo.

La Escala de Experiencias de Edadismo mide lo que las personas viven, mientras que la Escala de Perpetración evalúa actitudes hacia otros grupos etarios. La Escala ya ha sido validada en español, árabe, ruso, rumano y otros idiomas y se ha aplicado en contextos humanitarios (Moldavia, Libia), polícrisis (Líbano) y ciudades amigables (Colombia) demostrando su utilidad para analizar intersecciones con salud, soledad, género o desplazamientos forzosos.

El manual de usuario proporciona guías para traducción, administración, puntuación e interpretación, recomendando su uso en encuestas poblacionales, evaluaciones de programas intergeneracionales, análisis de políticas o intervenciones contra el edadismo. Esta herramienta no solo visibiliza el edadismo — que afecta a una de cada dos personas globalmente—, sino que permite monitorear cambios y evaluar impactos.



Toda la documentación en relación con la Escala del Edadismo está disponible en el código QR.



03

Validación

de la Escala del Edadismo
en otros países por
HelpAge International



La Escala del Edadismo de la OMS ya ha sido testada y validada por HelpAge International junto con organizaciones socias en diversos contextos internacionales. Entre 2024 y 2025 se llevaron a cabo proyectos específicos en Moldavia, Libia, Líbano y Colombia, en colaboración con universidades y entidades locales, que aportan evidencia sobre cómo se manifiesta el edadismo en contextos de crisis humanitaria, desplazamiento forzado, polícrisis y desarrollo de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores⁷.

Estos estudios han permitido validar la Escala en distintos idiomas y realidades socioculturales, analizar la relación entre edadismo, salud, bienestar y participación social, e identificar la interacción del edadismo con otros factores como el género, la educación, el nivel de ingresos, la discapacidad o la condición de persona refugiada. La experiencia acumulada en estos países ofrece un marco comparativo esencial para situar los resultados de España en un contexto global y para orientar recomendaciones de política pública y de programación que aborden el edadismo desde una perspectiva interseccional y de derechos.

7 HELPAGE INTERNATIONAL, Understanding Ageism at the Intersections: Insights and Learning to Inform Future Research, Programming and Advocacy 2024/25 Learning Report, disponible en: https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2025/11/FINAL-Learning-Report_HelpAge-2024-25.pdf

Moldavia

En Moldavia, HelpAge International llevó a cabo la validación de la Escala de Experiencias de Edadismo de la OMS con **personas mayores de la comunidad de acogida y personas mayores refugiadas procedentes de Ucrania**, con el objetivo de **analizar cómo el desplazamiento y el contexto de crisis influyen en las experiencias de edadismo**. El estudio permitió comparar distintos grupos de personas mayores, incorporando variables como edad, nivel educativo, estatus social percibido y estado de salud, y aportó evidencia cuantitativa sobre la relación entre edadismo, soledad, bienestar y contacto intergeneracional.

Los resultados mostraron que **las personas mayores refugiadas ucranianas experimentan niveles significativamente más altos de edadismo que las personas mayores moldavas**, especialmente en sus formas autoinfligida e interpersonal, y reportan peor salud física y mental, mayor soledad y un contacto intergeneracional más débil. Se observó que una mayor edad, una percepción subjetiva de “ser mayor”, un menor nivel educativo y un estatus social más bajo se asocian con mayores niveles de edadismo, siendo el edadismo autoinfligido más frecuente entre quienes tienen menor educación; las mujeres puntuaron más alto en edadismo autoinfligido y los hombres en edadismo interpersonal e institucional.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio puso de relieve la **dificultad para acceder a hombres mayores y personas de la comunidad de acogida, así como la necesidad de métodos de recogida de datos sensibles al trauma**, dado que algunas preguntas sobre salud y experiencias de edadismo generaban respuestas emocionales, sobre todo en el grupo de refugiados. Estas evidencias subrayan la importancia de diseñar respuestas humanitarias inclusivas y específicas para las personas mayores refugiadas que aborden tanto el edadismo institucional como el internalizado.

Libia

En Libia se realizó la **primera validación psicométrica en árabe** de las Escalas de Experiencias y de Perpetración de Edadismo de la OMS **en un contexto de desastre humanitario**, trabajando con personas mayores directamente afectadas por las inundaciones de 2023 y con personas mayores no afectadas. El **objetivo principal** fue **analizar cómo se entrecruzan el edadismo con la exposición prolongada a crisis y desastres, y qué implicaciones tiene en la salud y el bienestar de las personas mayores.**

Las Escalas mostraron buenas propiedades psicométricas y pusieron de manifiesto una **discriminación institucional notable**, especialmente en relación con políticas de vivienda, protección social y atención sanitaria que no responden adecuadamente a las necesidades de las personas mayores. Los niveles más altos de edadismo se asociaron con peores indicadores de salud, mayor soledad y menor bienestar subjetivo, si bien de manera contraintuitiva **el grupo afectado por las inundaciones presentó, en conjunto, indicadores de salud y bienestar iguales o mejores que el grupo no afectado, con la excepción de niveles más altos de síntomas de estrés postraumático.**

Esta aparente paradoja se ha interpretado en clave de resiliencia y de apoyo post desastre, ya que la solidaridad comunitaria y la respuesta humanitaria habrían contribuido a una mayor visibilidad, reconocimiento y participación de las personas mayores en las zonas afectadas. El trabajo de campo evidenció la **importancia de traducciones culturalmente sensibles, de la participación de facilitadores locales de confianza y de cuestionarios que tengan en cuenta la reticencia de algunas personas mayores a criticar abiertamente a las instituciones, así como la necesidad de encuestas manejables para evitar fatiga y garantizar la comprensión** de todos los ítems.

Líbano

En el caso del Líbano, **la validación de la Escala del Edadismo se integra en un estudio longitudinal más amplio sobre aprendizaje a lo largo de la vida y cognición** (Later Life Learning and Cognition, 3LC), desarrollado por la American University of Beirut junto con la University for Seniors, Columbia University y la Red Global de HelpAge International en un contexto de policrisis económica, social y bélica. El proyecto **busca analizar si la participación de las personas mayores en actividades de aprendizaje puede reducir las experiencias de edadismo y la soledad, así como fortalecer las redes de apoyo social**, en un entorno marcado por inestabilidad prolongada y una limitada protección social.

La investigación ha requerido adaptar de manera continua las preguntas de los cuestionarios a los cambios acelerados del contexto (devaluación de la moneda, transformaciones en la protección social o el empleo, impactos del conflicto), así como gestionar las dificultades logísticas derivadas del desplazamiento de parte del personal y de las interrupciones forzadas del trabajo de campo. Además, la escasez de instrumentos en árabe adecuados para este contexto obligó a realizar un esfuerzo considerable de traducción y formación de las personas encuestadoras en conceptos de edadismo y envejecimiento, garantizando una administración estandarizada de la Escala en medio de condiciones muy cambiantes.

A pesar de estos retos, la investigación ha tenido una **fuerte resonancia entre las personas mayores participantes, que han expresado que el estudio refleja sus trayectorias de vida y les hace sentir que su experiencia es reconocida y valorada**. La experiencia libanesa pone de relieve que llevar a cabo estudios rigurosos sobre edadismo en contextos de policrisis exige flexibilidad, paciencia e inversión sostenida, pero puede generar un fuerte sentido de validación y agencia entre las personas mayores implicadas.

Colombia

En Colombia se llevó a cabo la **primera validación en América Latina de las Escalas de Experiencias y de Perpetración de Edadismo de la OMS**, utilizando la versión colombiana en español e integrando por primera vez indicadores del marco de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS. El estudio fue liderado por la Universidad de Edimburgo junto con cuatro universidades colombianas y la Red Colombiana de Envejecimiento Activo y Digno, con apoyo de HelpAge International, y se diseñó con un enfoque intergeneracional que incorporó a estudiantes universitarios como encuestadores y a organizaciones de personas mayores como participantes clave.

Las **personas mayores colombianas reportaron niveles moderados de edadismo, siendo el edadismo institucional el más extendido, y percibieron sus comunidades como relativamente amigables con las personas mayores**, aunque con diferencias entre territorios. Aquellas personas que percibían sus ciudades como más amigables experimentaban menos edadismo y mostraban mejores resultados de salud física y psicológica, menor soledad y mayor bienestar, mientras que las personas que reportaban niveles más altos de edadismo, especialmente en sus formas autoinfligida e interpersonal, mostraban menor participación cívica y social, tenían menos oportunidades de empleo y una menor sensación de respeto e inclusión.

El estudio también puso de relieve desigualdades importantes: **las personas mayores con discapacidad, menor educación, menores ingresos o menor estatus social percibido reportaron más edadismo** y menor satisfacción con varios dominios de “ciudad amigable”, lo que evidencia desafíos de accesibilidad e inclusión. Desde el punto de vista metodológico, la longitud del cuestionario, la necesidad de adaptar algunos ítems del marco de ciudades amigables al contexto local y el uso de estudiantes como encuestadores señalaron la importancia de simplificar instrumentos, reforzar la formación directa del personal de campo y seguir explorando el potencial de los enfoques intergeneracionales para reducir estereotipos y prejuicios.

04

Validación

de la Escala del Edadismo
en España



Metodología

La recopilación de datos se llevó a cabo con una muestra de 203 personas mayores de 60 años mediante encuestas presenciales realizadas por dos encuestadoras que fueron contratadas ad hoc para realizar esta encuesta y se las formó previamente tanto por el equipo de HelpAge International España como por el equipo de la Universidad de Edimburgo.

La edad media de los participantes era de 72 años, con edades comprendidas entre los 60 y los 96 años. La mayoría (61%) eran mujeres, muestra representativa de la población total del estudio, cuya proporción es similar: 56% mujeres y 44% hombres. La mayoría de los participantes (72,91%) residían en ciudades con entre 10.001 y 500.000 habitantes (la proporción de personas mayores es del 77% de población urbana), la gran mayoría eran personas jubiladas (86,21%) y aproximadamente el 31,53% declaró tener alguna discapacidad. Los datos se recopilaron en diez comunidades autónomas diferentes.

Encuestas
realizadas
presencialmente

2

Encuestadoras

15

Ítems

203

Personas
encuestadas

>60

Años

72

Años
de media
de edad

61%

Mujeres

10

Comunidades
autónomas

La encuesta realizada incluyó las siguientes herramientas estandarizadas para evaluar experiencias, salud y relaciones sociales:

■ **Escala de Experiencias de Discriminación por Edad.**

Esta Escala de 15 ítems mide las vivencias de los participantes con estereotipos, prejuicios y discriminación por edad en distintos ámbitos vitales. Se divide en tres subEscala: discriminación autodirigida, interpersonal e institucional. Los ítems usan una Escala Likert desde «Totalmente en desacuerdo» hasta «Totalmente de acuerdo», con opciones «No sé» y «No aplicable».

■ **Encuesta de Salud SF-12 v2.**

La SF-12 v2 consta de 12 ítems que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud: 6 para salud física (salud general, funcionamiento físico, función física y dolor corporal) y 6 para salud psicológica (salud mental, vitalidad, función emocional y funcionamiento social). Puntuaciones más altas reflejan mejor estado de salud.

■ **Índice de Bienestar WHO-5.**

Este índice de la OMS incluye 5 ítems sobre bienestar subjetivo en las últimas dos semanas, puntuados en Escala Likert de 6 puntos («En ningún momento» hasta «Todo el tiempo»). Puntuaciones superiores indican mayor bienestar.

■ **Escala de Soledad UCLA (ULS-6).**

La versión corta de 6 ítems de la Escala de Soledad de la UCLA evalúa sentimientos de aislamiento. Los participantes responden en Escala Likert de 4 puntos (de 1= «nunca» a 4= «a menudo»), donde puntuaciones más altas señalan mayor soledad.

■ **Contacto Intergeneracional.**

Se midió la frecuencia, naturaleza, calidad y agrado del contacto previo con niños, adolescentes, adultos jóvenes, de mediana edad y mayores, mediante ítems en Escala Likert de 5 puntos. Puntuaciones más altas indican mayor frecuencia, voluntariedad, calidad y disfrute.

■ **Estatus social subjetivo y variables sociodemográficas.**

Se incorporó una medida de estatus social subjetivo (Escala de escalera de 10 peldaños para posición percibida en sociedad) junto a variables como edad, género, nivel educativo, ingresos, estado civil y lugar de residencia, para contextualizar perfiles y analizar intersecciones.

La intervención de intermediarios de entidades colaboradoras fomentó una mayor confianza inicial y fluidez en respuestas, a diferencia de encuestas sin ellos, donde prevaleció una mayor desconfianza («¿Para qué quieren estos datos?», «¿Cuál es la finalidad?»), prolongando el tiempo de realización de las encuestas.



Perfil de las personas encuestadas

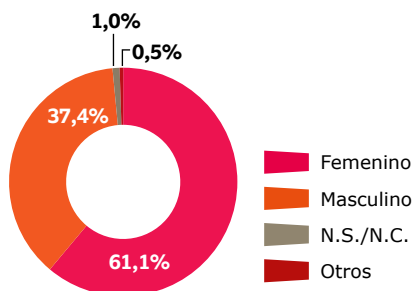
A continuación, se muestran las gráficas con el perfil sociodemográfico de las personas encuestadas:

Género

Se encuestó a 124 mujeres (61%) y 76 hombres (39%). Destaca que, en esta muestra los hombres reportaron mayor experiencia de edadismo en la Escala según datos del INE, en contraste con lo observado en otros países.

La proporción de género (61% mujeres, 39% hombres) se aproxima a la de la población mayor española: 56% mujeres y 44% hombres.

Gráfico 1. Perfil de las personas encuestadas según su género (en porcentaje).



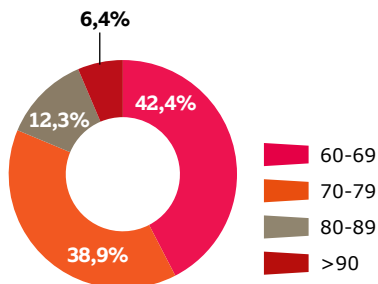
Fuente: elaboración propia.

Edad

El 42% de las personas encuestadas tienen entre 60-69 años, el 38% entre 70-79 años, el 12% entre 80-89 años y solo el 6% supera los 90 años. Estos porcentajes son muy similares a las proporciones de la población mayor en España: 45% (60-69 años), 31% (70-79), 17% (80-89) y 4% (más de 90).

La edad media de las personas encuestadas es de 72 años, y la persona más longeva tiene 96 años.

Gráfico 2. Perfil de las personas encuestadas según su edad (en porcentaje).



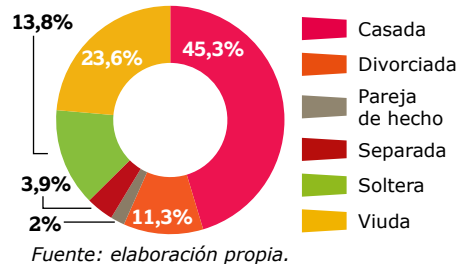
Fuente: elaboración propia.

Estado civil

Se encuestó a 92 personas casadas (45%), 48 viudas (23%), 28 solteras (14%), 23 divorciadas (11%), 8 separadas (4%) y 4 con pareja de hecho (2%).

Esta distribución muestra un ligero desajuste con los datos que se recogen en Eurostat, donde las personas casadas representan el 61%, viudas el 25,5%, solteras el 6,9% y divorciadas/separadas el 6,6%.

Gráfico 3. Perfil de las personas encuestadas según su estado civil (en porcentaje).

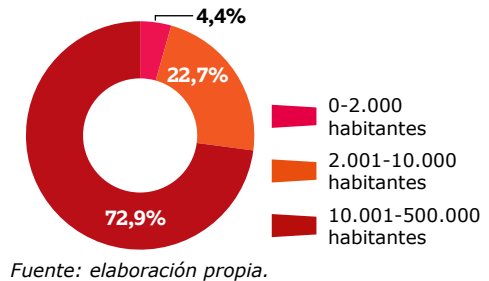


Tamaño del municipio de residencia

De las personas encuestadas, 148 viven en municipios de más de 10.000 habitantes (72%), 46 en municipios de entre 2.001 y 10.000 habitantes (22%) y 9 en municipios con menos de 2.000 habitantes (4%).

Esta distribución se aproxima a la de las personas mayores según el estudio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (en adelante, CSIC): 77% en municipios de más de 10.000 habitantes, 14% en los de entre 2.001 y 10.000, y 7% en población rural.

Gráfico 4. Perfil de las personas encuestadas según su municipio de residencia (en porcentaje).



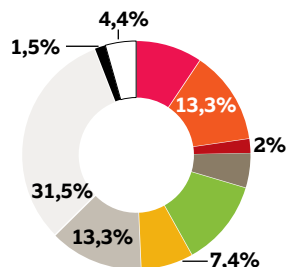
Comunidad autónoma de residencia

Se realizaron encuestas en 10 comunidades autónomas y 15 provincias de España. Los porcentajes por comunidad son: Andalucía (9,4%), Aragón (13,3%), Asturias (2%), Cantabria (4,9%), Castilla-La Mancha (12,3%), Cataluña (7,4%), Galicia (13,3%), Madrid (31,5%), Murcia (1,5%) y Navarra (4,4%). Las provincias incluidas (excluyendo uniprovinciales) fueron Granada, Jaén, Córdoba, Málaga, Cádiz, Zaragoza, Guadalajara, Toledo, Barcelona, Ourense y A Coruña.

Estos porcentajes se asemejan bastante a la distribución geográfica de las personas mayores de 60 años según datos del Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE), salvo la infrarrepresentación de Cataluña en nuestra muestra.



Gráfico 5. Perfil de las personas encuestadas según la Comunidad Autónoma donde residen (en porcentaje).



Fuente: elaboración propia.

Nacionalidad

Entre las personas encuestadas, 197 (97%) tienen nacionalidad española, 5 (2%) nacionalidad extracomunitaria y 1 (1%) nacionalidad comunitaria; en total, el 3% de la muestra es extranjera.

Según los datos del INE, el 6% de la población total de personas mayores en España es extranjera.

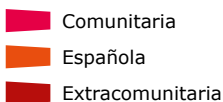
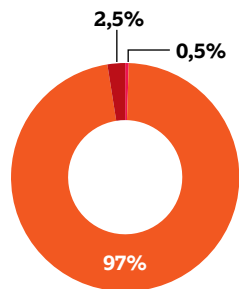


Gráfico 6. Perfil de las personas encuestadas según su nacionalidad (en porcentaje).



Fuente: elaboración propia.

¿Situación respecto del mercado laboral?

Se encuestó a 175 personas jubiladas a tiempo completo (86%), 16 (7%) activas en el mercado laboral (por cuenta ajena o propia), 5 (2%) en paro, 5 (2%) que nunca han estado en el mercado laboral y 2 (1%) jubiladas a tiempo parcial.

Según Eurostat, en la población mayor de 65 años en España solo el 1,6% no está jubilada.

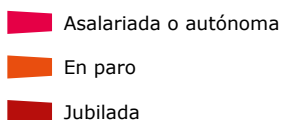
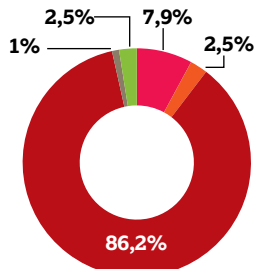
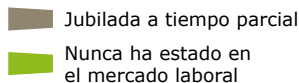


Gráfico 7. Perfil de las personas encuestadas según su situación respecto al mercado laboral (en porcentaje).



Fuente: elaboración propia.



Nivel de estudios

De la muestra total, 42 personas tienen licenciatura/máster (20%), 29 bachillerato (14%), 28 educación primaria (13%), 28 diplomatura (13%), 21 educación secundaria (10%), 20 ciclos formativos de grado medio (9,8%), 12 doctorado (5,9%), 11 ciclos formativos de grado superior (5,4%) y 10 sin estudios (4,9%).

Esta distribución muestra un ligero desajuste con los datos del INE para la población mayor total debido a la sobrerrepresentación de personas con licenciatura/máster en la muestra.

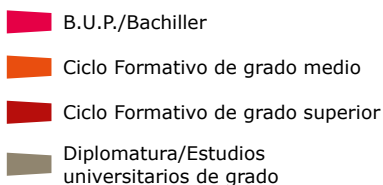
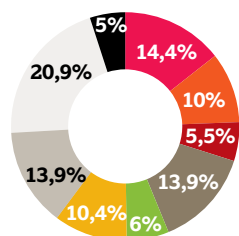
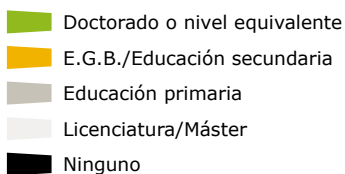


Gráfico 8. Perfil de las personas encuestadas según su nivel de estudios (en porcentaje).



Fuente: elaboración propia.

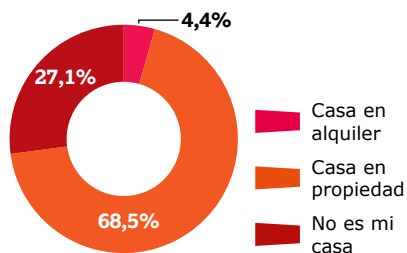


¿Dónde reside?

Entre las personas encuestadas, 139 (68%) viven en su casa en propiedad, 55 (27%) en viviendas que no son de su propiedad (incluyendo residencias o con familiares) y 9 (4%) en alquiler.

Según Eurostat, en la población general de personas mayores, el 89,1% vive en su casa en propiedad.

Gráfico 9. Perfil de las personas encuestadas según su lugar de residencia (en porcentaje).



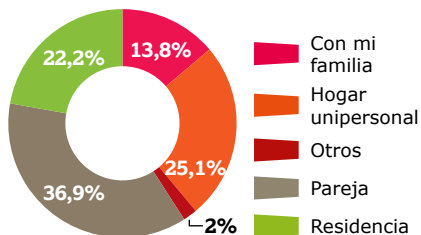
Fuente: elaboración propia.

¿Con quién reside?

Entre las personas encuestadas, 75 (36%) residen con su pareja, 51 (25%) viven solas, 45 (22%) en residencias, 28 (13%) con sus familiares y 4 (2%) con otras personas.

Según los datos más recientes del INE, en la población total de personas mayores, el 22,8% vive sola, el 39% en pareja, el 22% con familiares y el 15% con otras personas.

Gráfico 10. Perfil de las personas encuestadas según con quién reside (en porcentaje).



Fuente: elaboración propia.



Representatividad de la muestra

El perfil sociodemográfico de las 203 personas encuestadas refleja una alta representatividad respecto a los datos oficiales del INE, CSIC y Eurostat para la población mayor en España, con alineación estrecha en las principales variables demográficas.

La muestra estuvo compuesta por un 61% de mujeres y un 39% de hombres. El 42% tenía entre 60-69 años, el 38% entre 70-79, el 12% entre 80-89 y el 6% 90 o más años. El 72% residía en municipios de más de 10.000 habitantes, el 22% en municipios de entre 2.001 y 10.000 y el 4% en municipios de menos de 2.000 habitantes. La distribución es coherente con los datos nacionales del INE (56%-44% por género y 45%-31%-17%-4% por grupos de edad; CSIC 77-14-7). La cobertura geográfica incluyó 10 comunidades autónomas y 15 provincias, con ligera infrarepresentación de Cataluña. El 97% tenía nacionalidad española y el 86% estaba jubilado/a a tiempo completo, en línea con los datos de INE/Eurostat.

Se observan, no obstante, ciertas particularidades explicables por el diseño muestral. El estado civil presenta menos personas casadas (45% vs. 61% Eurostat) y mayor proporción de solteras/divorciadas, mientras que la tenencia de vivienda evidencia menor propiedad (68% vs. 89% Eurostat) y sobrerrepresentación en residencias (22% vs. ~6% INE), probablemente por el reclutamiento en bibliotecas públicas y centros de día. La composición residencial (36% con pareja, 25% solas) se aproxima al 39-23% del INE, aunque resalta el peso de residencias. Finalmente, el nivel educativo destaca por una sobrerrepresentación de titulaciones superiores (20% licenciatura/máster), lo que sugiere sesgo hacia participantes más instruidos.

En conclusión, la muestra captura con precisión el perfil mayor español, con desviaciones puntuales que no comprometen su validez comparativa y, en ocasiones, enriquecen el análisis cualitativo al sobreponderar perfiles en situación de vulnerabilidad como personas residentes en centros.

05

Resultados



Las personas mayores encuestadas reportaron niveles bajos o moderados de edadismo, aunque no estaban completamente libres de él. Este hallazgo sugiere que, si bien la percepción de discriminación por motivos de edad no es omnipresente, sigue siendo una realidad persistente en la vida cotidiana de estas personas.

Las formas de discriminación identificadas fueron diversas, pero las más destacadas correspondieron al ámbito institucional, donde las políticas públicas, regulaciones o normativas pueden generar barreras sutiles que perjudican el acceso equitativo a prestaciones, servicios y ejercicio pleno de los derechos.

Las formas de discriminación identificadas fueron diversas, pero las más destacadas correspondieron al ámbito institucional.

Dentro de la discriminación institucional las personas encuestadas expresaron que las políticas de sanidad o de seguridad social no siempre responden adecuadamente a las necesidades reales de las personas mayores, especialmente en lo relativo a la atención personalizada, la accesibilidad y la consideración de la diversidad funcional y social existente dentro del grupo de edad avanzada. Señalaron que la normativa tiende a tratar a las personas mayores como un colectivo homogéneo, sin reconocer las profundas diferencias que existen en su situación económica, estado de salud, nivel educativo o discapacidad. Este enfoque institucional poco flexible puede derivar en una forma de edadismo estructural, incluso sin intención explícita de discriminación.

La normativa tiende a tratar a las personas mayores como un colectivo homogéneo.

Otro aspecto destacado del estudio fue la percepción sobre la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. Las personas encuestadas señalaron de manera reiterada que los medios, ya sean televisivos, impresos o digitales, suelen retratarlas de forma estereotipada o poco realista. Las representaciones más comunes se centran en la dependencia, la fragilidad o el aislamiento, dejando de lado otras facetas como la actividad, la capacidad de aprendizaje, la contribución social o la participación comunitaria. Esta visión limitada refuerza prejuicios y puede consolidar una narrativa social donde la vejez se asocia con pérdida y declive, más que con experiencia, sabiduría o autonomía.

Los medios de comunicación retratan a las personas mayores de forma estereotipada o poco realista.

En contraste, las experiencias personales relacionadas con sentimientos de vergüenza o autodevaluación por la edad fueron menos frecuentes. La mayoría de las personas participantes manifestó una percepción positiva de sí mismas, orgullo por su edad y su trayectoria vital. Este dato resulta especialmente relevante, ya que refleja un grado notable de resiliencia y capacidad de afrontamiento ante los prejuicios sociales. Sin embargo, la presencia, aunque sea ocasional, de autoinculpación o interiorización de estereotipos negativos evidencia que el edadismo puede filtrarse también en la identidad, influyendo de manera sutil en la autoestima y en la forma de concebir el propio envejecimiento.

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio ha sido evidenciar la estrecha relación entre la experiencia de edadismo y los indicadores de salud física, psicológica y social. Las personas que reportaron haber sufrido discriminación por motivos de edad tendían a presentar un estado de salud más deteriorado, tanto en lo físico como en lo emocional. Además, mostraban menores niveles de satisfacción vital y bienestar general. Este vínculo demuestra que el edadismo no solo afecta la esfera social, sino que también tiene

un impacto clínico y emocional. La percepción de ser tratado como “menos capaz” o “menos valioso” por el mero hecho de la edad puede erosionar la motivación personal, reducir la participación social y, con el tiempo, contribuir al aislamiento y la fragilidad.

Quienes reportaban más discriminación por edad mostraban peor salud física y psicológica, además de menor satisfacción vital general.

El estudio también identificó una relación significativa entre edadismo y soledad. Las personas que se sentían discriminadas o infravaloradas tendían a experimentar una mayor sensación de aislamiento, lo que refuerza la idea de que el edadismo implica un coste emocional elevado. No obstante, el edadismo de tipo institucional —por ejemplo, las barreras administrativas o normativas— no mostró una correlación tan clara con los indicadores de salud y bienestar como sí lo hizo el edadismo interpersonal o interiorizado. Esto podría explicarse porque las políticas discriminatorias actúan de forma más indirecta y prolongada, mientras que el trato injusto o despectivo en la vida cotidiana genera un impacto emocional inmediato.

De manera sorprendente, no se observó una relación directa entre las experiencias de edadismo y la cantidad de contactos intergeneracionales con personas jóvenes. Este resultado contradice hipótesis previas según las cuales una mayor interacción entre generaciones favorecería la reducción de estereotipos negativos. Ello sugiere que la calidad del contacto —más que su frecuencia— puede ser el factor determinante en la formación de actitudes positivas hacia la vejez.

El análisis de los datos también reveló diferencias individuales importantes. Las personas que se identificaban en una etapa vital avanzada, las personas que no estaban casadas o las personas que presentaban algún grado de discapacidad o pertenecían a un estrato social más bajo reportaban mayores niveles de discriminación. Este patrón indica que el edadismo no actúa de forma aislada, sino que interactúa junto con otras dimensiones de desigualdad y factores que favorecen el trato discriminatorio, como el nivel económico, la salud o la situación familiar, generando formas interseccionales de vulnerabilidad y por tanto de discriminación.

Las personas en una etapa vital avanzada, las personas que no estaban casadas o las personas que presentaban algún grado de discapacidad o pertenecían a un estrato social más bajo reportaban mayores niveles de discriminación.

En cambio, un nivel educativo alto demostró ser un factor protector frente al edadismo, especialmente en su vertiente autoinfligida. Las personas con formación superior tendían a rechazar con mayor firmeza los estereotipos negativos sobre la vejez, mostrando una actitud más crítica ante los prejuicios y una mayor confianza en sus capacidades. Este hallazgo coincide con estudios previos que destacan el papel del conocimiento y la información en la construcción de una imagen más positiva del envejecimiento.

Un nivel educativo alto demostró ser un factor protector frente al edadismo, especialmente en su vertiente autoinfligida.

Por el contrario, variables como el género, el tamaño de la localidad de residencia o la propiedad de la vivienda no mostraron diferencias significativas, lo que confirma que el edadismo es un fenómeno transversal que atraviesa todo el colectivo de personas mayores. Sin embargo, esto no implica que todas las personas lo experimenten de la misma manera. Aunque algunos grupos, como las mujeres mayores, puedan reportar niveles más bajos de edadismo en determinadas encuestas o contextos, siguen estando expuestas a formas específicas y más sutiles de discriminación relacionadas con la intersección entre edad y género. Así, el edadismo puede adoptar matices diferentes según la identidad de quien lo sufre, adaptándose y manifestándose de manera distinta en función de factores sociales, culturales y de rol, lo que evidencia la complejidad de este fenómeno.

Variables como el género, el tamaño de la localidad de residencia o la propiedad de la vivienda no mostraron diferencias significativas, lo que confirma que el edadismo es un fenómeno transversal que atraviesa todo el colectivo de personas mayores.

En conjunto, los resultados posicionan el edadismo como un doble desafío: social y sanitario. No se trata únicamente de un problema de percepción o justicia social, sino de un factor que puede afectar directamente la calidad de vida y la salud de las personas mayores. La discriminación, ya sea explícita o sutil, puede agravar sentimientos de desvalorización y tener efectos acumulativos sobre el bienestar físico y emocional.

Los resultados posicionan el edadismo como un doble desafío: social y sanitario. Se trata de un factor que puede afectar directamente la calidad de vida y la salud de las personas mayores.

En el contexto español, el estudio pone de relieve que el edadismo se manifiesta principalmente de forma estructural, a través de leyes, políticas o medios de comunicación que no siempre reflejan las necesidades de las personas mayores.

Sin embargo, frente a estas formas de discriminación persistente, destaca una importante capacidad de resiliencia, expresada en la autopercepción positiva y el orgullo por la edad que manifestaron buena parte de los encuestados. Esto sugiere que la identidad en la vejez no se define únicamente por los estigmas sociales, sino también por la experiencia acumulada, la autonomía y la redefinición del propio rol en la comunidad. Podríamos decir que las personas mayores se sienten orgullosas de sus conquistas.

Frente a estas formas de discriminación persistente, destaca una importante capacidad de resiliencia, expresada en la autopercepción positiva y el orgullo por la edad que manifestaron buena parte de los encuestados.

Desde una perspectiva sociocultural, la edad se comporta como un eje social similar al género o la clase, influyendo en la forma en que las personas son percibidas y tratadas. Las vivencias recogidas en el estudio muestran procesos transformadores: desde la interiorización inicial de los estereotipos hasta la reinterpretación del propio rol vital mediante la experiencia y la resiliencia. En este tránsito, la percepción de la vejez deja de estar exclusivamente asociada con la pérdida para convertirse en una etapa que puede estar marcada por la autonomía, el reconocimiento y la contribución social.

Desde una perspectiva sociocultural, la edad se comporta como un eje social similar al género o la clase, influyendo en la forma en que las personas son percibidas y tratadas.

Por tanto, los resultados invitan a replantear el envejecimiento en términos más inclusivos, promoviendo políticas que reconozcan la diversidad de la población mayor y fomenten la participación activa en todos los ámbitos sociales. Combatir el edadismo implica no solo eliminar prejuicios, sino también construir una nueva narrativa de la vejez, basada en el respeto, la equidad y el valor de la experiencia. Una etapa donde las oportunidades no pueden estar limitadas por razón de la edad.

Combatir el edadismo implica no solo eliminar prejuicios, sino también construir una nueva narrativa de la vejez.

06

Observaciones directas en campo



Durante las encuestas realizadas en España, **las personas mayores participantes compartieron testimonios que ilustran vivencias concretas de edadismo en su día a día.** Estos relatos enriquecen los datos cuantitativos con experiencias cualitativas profundas, que merecen ser consideradas. Además, las personas mayores destacan la importancia de las encuestas presenciales ya que el trato directo y la escucha activa generan un entorno seguro y confiable, mejorando la calidad y veracidad de las respuestas.

Al encuestar a los participantes, incidieron especialmente en **varios ámbitos donde perciben edadismo.** Entre ellos destacan: **el ámbito sanitario, familiar, residencial, las atribuciones sociales y las creencias personales.** A continuación, se detallan estas experiencias que ilustran los resultados cuantitativos de la encuesta.

En el **ámbito sanitario**, las personas mayores se desligan parcialmente de las relaciones familiares y entran en otras dinámicas de poder únicas de los espacios sanitarios, especialmente en la relación paciente-profesional. Esto genera casos de tratos inadecuados, que no son recíprocos sino unilaterales y que objetivizan a las personas mayores e introducen sesgos capacitistas. El proceso de deshumanización de «persona» a «paciente» perpetúa estereotipos que permeabilizan su identidad, articulando edadismo institucional como acceso desigual a diagnósticos y tratamientos por edad, no por caso concreto. Una participante declaró: «No me quiero convertir en mueble», mostrando cómo el discurso edadista externo se internaliza.

“

**No me quiero convertir
en un mueble.**

En el **ámbito familiar**, caracterizado por cuidados y relaciones cercanas, se invierten roles habituales, construyendo una dependencia “invertida” como rasgo definitorio. Esta intersección capacitismo-edadismo, genera infantilización e infravaloración, y eleva una condición biológica a una social, que afecta más a las percepciones de las propias personas que a lo real. Estos prejuicios impactan la autopercepción y crean situaciones incómodas por pérdida de reciprocidad. Un testimonio lo ejemplifica: «Una madre puede con 5 hijos y no 5 hijos con una madre».

“

**Una madre puede con 5 hijos,
y no 5 hijos con una madre.**

La diferencia entre «lo físico» y «lo emocional/social» no está generalizada en los discursos de identidad de las personas mayores. Existe una relación directa entre vínculos, creencias y autopercepción de edad: quienes mantienen lazos cercanos y de calidad muestran menor edadismo interno. La pérdida de parejas o amistades acelera prejuicios autoinfligidos negativos. Las creencias espirituales, estrategias de resiliencia, objetivos post-jubilación, metas o actitudes positivas hacia la muerte contrarrestan el edadismo. En resumen, la ruptura con formas de vida, creencias, contextos y vínculos previos incentiva el edadismo autoinfligido.

“

Cuando pierdes el propósito es cuando te haces mayor.

“

Tenemos la suerte de vivir y la suerte de morir.

Testimonios como «Cuando pierdes el propósito es cuando te haces mayor», «Mi fe me ha ayudado muchísimo» o «Tenemos la suerte de vivir y la suerte de morir» ilustran estas dinámicas.

Los discursos sobre identidad propia varían conforme a la visión de la edad. Por un lado, visiones positivas destacan estereotipos como experiencia y sabiduría acumulada. Por otro, visiones negativas enfatizan pérdidas físicas/emocionales, independencia o cuestiones de cuidados y vínculos. Este ejemplo sobre la identidad y los discursos apoya la idea de que la edad se construye como una categoría social que afecta a las identidades particulares, en las visiones propias y en las ajenas.

Diferencias notables según el contexto residencial.

Se observaron diferencias según el contexto residencial. Las personas que vivían solas ofrecieron respuestas más extensas y dinámicas; en residencias predominaron respuestas más breves y menor implicación, en parte asociadas a situaciones de dependencia; y en centros de día se registraron patrones intermedios. Estos hallazgos podrían vincularse al grado de institucionalización y a la transición hacia entornos sociales y físicos distintos al contexto habitual, con posibles implicaciones en la reproducción de estereotipos edadistas.

Estas observaciones de campo indican que el edadismo en España es una experiencia cotidiana que atraviesa salud, familia, autoestima y relaciones intergeneracionales e intrafamiliares. Este contexto demanda respuestas concretas, desde políticas públicas hasta campañas de sensibilización.



07

Conclusión



El edadismo es un fenómeno holístico que se produce en todas las clases sociales y en todos los ámbitos. Tiene consecuencias no sólo en términos de justicia social, sino que se traduce en menor calidad de vida y bienestar para las personas mayores.

El nivel educativo es importante sobre todo en el edadismo autoinfligido, mientras que no resulta relevante ni el sexo ni el ámbito territorial donde se viva. Existe no obstante una discriminación interseccional que se evidencia cuando aparecen otras circunstancias como la discapacidad, el género o el ámbito residencial. Se rechaza el relato social de la vejez difundido por los medios de comunicación, identificándose el ámbito institucional y de las políticas públicas como el espacio donde se percibe un mayor grado de edadismo.

08

Recomen- daciones



1

Promover una imagen positiva del envejecimiento.

Los medios de comunicación, la publicidad y la cultura tienen un papel fundamental a la hora de mostrar la diversidad de la vejez: personas activas, con proyectos, capacidades y aportes valiosos a la sociedad.

2

Revisar las políticas públicas y la normativa.

Es necesario que las administraciones garanticen que las leyes y normas no discriminen por razón de edad, sobre todo en el ámbito de la sanidad, vivienda, pensiones o servicios sociales. Todas las políticas públicas se deben ajustar a las necesidades de una población cada día más longeva.

3

Impulsar políticas de cuidado y apoyo comunitario.

Es esencial impulsar y desarrollar políticas de cuidado que promuevan redes comunitarias y servicios de proximidad, orientados a que las personas mayores puedan permanecer en su entorno habitual con apoyo y acompañamiento.

4

Apoyar la educación a lo largo de la vida.

Facilitar el acceso a nuevas formas de aprendizaje promueve autonomía, autoestima y participación social, reduciendo así el riesgo de edadismo autoinfligido.

5 Tratar el edadismo también como un problema de salud pública.

Igual que ocurre con otras formas de discriminación, los efectos del edadismo repercuten directamente en el bienestar físico y mental. Por tanto, su prevención debe integrarse en las políticas de salud, en las estrategias de envejecimiento activo y prevención de enfermedades.

6 Sensibilizar desde edades tempranas.

Introducir la educación en diversidad generacional en los programas escolares puede ayudar a construir una cultura de respeto hacia todas las etapas de la vida.

7 Favorecer la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones.

Incluir su voz en los debates sobre políticas públicas, planificación urbana o programas comunitarios fortalece la democracia y legitima las medidas adoptadas. Los consejos consultivos y foros de participación deben contar con un peso real en la formulación de propuestas. Incluir a las personas mayores en todos los órganos de participación.

8 Reforzar la investigación y la evaluación de políticas públicas.

Es necesario seguir generando datos sobre las múltiples formas de edadismo, sus efectos y las estrategias eficaces para combatirlo. Invertir en investigación social y en la evaluación de políticas permitirá ajustar las medidas en base a evidencia, garantizando intervenciones sostenibles y con impacto real.



09

Bibliografía



- Abellán García, A., & colaboradores. (2025). *Un perfil de las personas mayores en España, 2025. Indicadores estadísticos básicos* [Informe]. Envejecimiento en Red (CSIC). <https://envejecimientoenred.csic.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2025-indicadores-estadisticos-basicos/>
- Eurostat. (2025). *Employment and activity by sex and age*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsi_emp_q/default/table?lang=en&category=labour.employ.lfsi.lfsi_emp
- HelpAge International. (2025). *Learning from age-inclusive action: Final learning report 2024–2025*. HelpAge International. <https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2025/11/FINAL-Learning-Report-HelpAge-2024-25.pdf>[revistaccuba.sld]
- HelpAge International. (2025). *The intersections of ageism, age-friendly cities and communities, and health for older people in Colombia*. HelpAge International. <https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2025/10/Policy-Brief-Intersections-of-Ageism-in-Colombia.pdf> helpage+1
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). *España en cifras 2025*. INE. https://www.ine.es/infografias/infografia_espana_cifras2025.pdf
- World Health Organization. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo* (Global report on ageism). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- World Health Organization; A World for All Ages. (s. f.). *WHO Ageism Scale*. A World for All Ages. <https://www.aworld4allages.org/who-ageism-scale>

Anexo

Evaluación psicométrica y correlatos

de la Escala de
Experiencias de
Discriminación por Edad
de la OMS en una muestra
española de personas
mayores

Metodología

Participantes

Este estudio empleó un diseño transversal. La muestra estuvo compuesta por 203 participantes reclutados en diez comunidades autónomas diferentes de España. La recopilación de datos se llevó a cabo entre mayo y diciembre de 2025. Se utilizó una estrategia de muestreo por conveniencia no probabilística, con reclutamiento a través de ONG y entidades que trabajan directamente con personas mayores. Se preguntó a los participantes por sus características demográficas, incluyendo edad, sexo, nivel educativo, estatus social subjetivo, estatus vital subjetivo, tamaño de la localidad, estado civil, situación laboral y propiedad inmobiliaria. También se evaluó a los participantes en cuanto a dificultades funcionales utilizando el Washington Group Short Set. Las características de los participantes se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. De elaboración propia

Variable	n	%	M	SD
Edad	201		72.44	8.00
Género				
Femenino	124	61.08%		
Masculino	76	37.44%		
Prefiero no contestar	3	1.48%		
Tamaño del municipio				
0 a 2.000 habitantes	9	4.43%		
2.001 a 10.000 habitantes	46	22.66%		
10.001 a 500.000 habitantes	148	72.91%		
Nivel educativo	201		6.41	2.09
Estado civil				
No casado	111	54.68%		
Casado	92	45.32%		
Propietario				
No	29	14.29%		
Sí	174	85.71%		

Variable	n	%	M	SD
Estatus laboral				
Nunca ha estado en el mercado laboral	5	2.46%		
Jubilado a tiempo parcial	2	0.99%		
Jubilado	175	86.21%		
Autónomo o trabajador por cuenta ajena	16	7.88%		
Desempleado	5	2.46%		
Etapa de la vida	203		7.13	1.28
Discapacidad				
No tiene discapacidad	139	68.47%		
Tiene discapacidad	64	31.53%		
SF-12 Salud física	203		2.21	0.62
SF-12 Salud mental	203		3.21	0.72
Bienestar	203		3.42	1.00
Soledad	203		1.60	0.66
Contacto - Infancia	203		3.31	0.57
Contacto - Amigos	203		3.29	0.53
Contacto - Personas jóvenes	203		3.57	0.51
Contacto - Personas de mediana edad	203		3.66	0.43
Contacto - Personas mayores	203		3.90	0.37

La muestra del estudio estuvo compuesta por aproximadamente 203 participantes con una edad media de 72,44 años. La mayoría de la muestra se identificó como mujer (61,08 %) y la mayoría de los participantes (72,91 %) residía en ciudades con entre 10 001 y 500 000 habitantes. Un alto porcentaje de la muestra eran propietarios de inmuebles (85,71 %) y la gran mayoría estaban jubilados (86,21 %). Aproximadamente el 31,53 % declaró tener alguna discapacidad.

Medidas

■ Escala de experiencias de edadismo.

Esta escala de 15 ítems evaluaba las experiencias de los participantes con estereotipos, prejuicios y discriminación basados en la edad en diversos ámbitos de la vida. La escala incluía tres subescalas que indicaban diferentes niveles de edadismo, a saber, el edadismo autodirigido, el edadismo interpersonal y el edadismo institucional. Los ítems se calificaron en una escala tipo Likert que iba de «Totalmente en desacuerdo» a «Totalmente de acuerdo», con las opciones «No sé» y «No aplicable».

■ Encuesta de salud SF-12 v2.

La SF-12v2 es una herramienta de 12 ítems diseñada para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en los ámbitos de la salud física (6 ítems, que incluyen salud general, funcionamiento físico, función física y dolor corporal) y la salud psicológica (6 ítems, que incluyen salud mental, vitalidad, función emocional y funcionamiento social). Las puntuaciones más altas indican un mejor estado de salud.

■ Índice de bienestar WHO-5.

El índice de bienestar de la Organización Mundial de la Salud consta de cinco ítems que evalúan el bienestar subjetivo durante las últimas dos semanas. Las respuestas se registran en una escala Likert de 6 puntos que va desde «En ningún momento» hasta «Todo el tiempo», y las puntuaciones más altas indican un mayor bienestar.

■ Soledad.

La escala de soledad de la UCLA de 6 ítems (ULS-6) era una versión más breve de la escala de soledad de la UCLA. Se pidió a los participantes que calificaran seis ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = «nunca», 2 = «rara vez», 3 = «a veces», 4 = «a menudo»), en la que las puntuaciones más altas sugerían un mayor nivel de soledad.

■ Contacto intergeneracional.

El contacto intergeneracional se midió preguntando a los participantes por la frecuencia, la naturaleza, la calidad y el grado de agrado de su contacto intergeneracional previo con niños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos de mediana edad y adultos mayores. Los ítems se basaban en una escala tipo Likert de 5 puntos y se puntuaban de manera que las puntuaciones más altas indicaban una mayor frecuencia de contacto, un contacto más voluntario, de mejor calidad y más agradable.



Análisis

En primer lugar, examinamos las estadísticas descriptivas de la muestra y evaluamos la fiabilidad de las escalas de edadismo de la OMS utilizando el omega de McDonald. Se realizaron análisis de correlación de Pearson para explorar las asociaciones entre el edadismo (tanto las experiencias como la perpetración) y las variables relacionadas con la salud, incluyendo la salud física, la salud psicológica, el bienestar, la soledad y el contacto intergeneracional. Se emplearon análisis de regresión univariantes para identificar los predictores demográficos de las experiencias y la perpetración del edadismo. Los predictores incluyeron la edad, el género, la etapa de la vida, el nivel de educación, la situación de discapacidad, el tamaño de la ciudad, el estado civil y la propiedad de bienes inmuebles. En general, el análisis evalúa el rendimiento psicométrico de la Escala de Edadismo de la OMS en una muestra española, investiga los predictores demográficos del edadismo y examina sus asociaciones con resultados clave para la salud.



Resultados

Descripción de las experiencias de discriminación por edad

En la tabla 2 se presentan las estadísticas descriptivas de los ítems individuales de experiencias de discriminación por edad y sus subescalas compuestas. En general, los participantes informaron niveles bajos a moderados de discriminación por edad en las diversas dimensiones medidas. Cabe destacar que los ítems 13 (es decir, «Las políticas elaboradas por el gobierno [por ejemplo, en materia de vivienda, seguridad social, asistencia sanitaria] no satisfacen las necesidades de las personas de mi edad») y 14 (tras la codificación inversa de «Las personas de mi edad son retratadas de forma positiva en los medios de comunicación») obtuvieron las puntuaciones medias más altas, lo que indica que estas formas concretas de discriminación por edad (es decir, la discriminación institucional por edad) fueron las que más experimentó la muestra. También cabe señalar que el tercer ítem (Me avergüenza mi edad) mostró una distribución muy sesgada hacia el extremo inferior de la escala.



Tabla 2. Estadísticas descriptivas de los ítems de experiencias de discriminación por edad

Variable	n	M	SD	Min	Máx	Skew	Kurtosis
ageism_e_1	201	1.78	1.12	1	5.00	1.69	2.19
ageism_e_2	201	1.57	1.06	1	5.00	1.94	2.74
ageism_e_3	203	1.21	0.55	1	5.00	3.54	15.83
ageism_e_4	200	2.00	1.31	1	5.00	1.03	-0.37
ageism_e_5	200	2.09	1.29	1	5.00	0.91	-0.48
ageism_e_6	194	1.86	1.11	1	5.00	1.25	0.53
ageism_e_7	201	1.59	0.97	1	5.00	1.96	3.47
ageism_e_8	199	1.64	0.88	1	4.00	1.44	1.38
ageism_e_9	199	1.65	0.87	1	4.00	1.42	1.42
ageism_e_10	201	2.17	1.32	1	5.00	0.81	-0.76
ageism_e_11	202	1.65	1.09	1	5.00	1.70	1.77
ageism_e_12	203	1.60	0.92	1	5.00	1.71	2.37
ageism_e_13	184	3.74	1.25	1	5.00	-0.71	-0.73
ageism_e_14	191	3.49	1.25	1	5.00	-0.21	-1.28
ageism_e_15	169	1.88	1.18	1	5.00	1.33	0.75
Experiencias generales de discriminación por edad	203	1.98	0.47	1	3.64	0.50	0.27
Discriminación por edad autodirigida	203	1.73	0.63	1	3.80	0.85	0.39
Discriminación por edad en las relaciones interpersonales	203	1.74	0.61	1	3.86	0.79	0.33
Discriminación por edad institucional	202	3.08	0.91	1	5.00	0.05	-0.24

Rendimiento de la Escala de Experiencias de Discriminación por Edad de la OMS en la muestra española

La evaluación psicométrica de la Escala de Experiencias de Discriminación por Edad de la OMS en esta muestra indicó un buen ajuste del modelo y una consistencia interna aceptable. El análisis factorial confirmatorio (AFC) realizado sobre los ítems autodirigidos demostró un ajuste excelente, con un índice de ajuste comparativo (CFI) y un índice de Tucker-Lewis (TLI) superiores a 0,99, y una raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR) de 0,034. La consistencia interna fue aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,66 y un omega total de McDonald de 0,67.

Asociaciones entre las experiencias de edadismo y la salud y el bienestar de las personas mayores

La relación entre las experiencias de edadismo y su salud y los contactos intergeneracionales se muestra en la tabla 2.

Tabla 3. Asociaciones entre las experiencias de edadismo y los resultados de salud y bienestar

Variable	Edadismo (Total)	Edadismo (Auto)	Edadismo (Interpersonal)	Edadismo (Institucional)
Salud física	-0.39	-0.46	-0.27	0.00
Salud psicológica	-0.42	-0.40	-0.35	-0.04
Bienestar	-0.31	-0.27	-0.26	-0.04
Soledad	0.41	0.35	0.32	0.08
Contacto con infancia	-0.08	-0.08	-0.10	0.06
Contacto con adolescentes	-0.10	-0.09	-0.13	0.03
Contacto con adultos jóvenes	-0.08	-0.06	-0.08	0.01
Contacto con adultos	0.01	0.00	-0.04	0.08
Contacto con personas mayores	-0.10	-0.11	-0.10	0.04

Los resultados sugirieron que las puntuaciones totales de edadismo estaban significativamente correlacionadas de forma negativa con la salud física, la salud psicológica y el bienestar general. En otras palabras, los adultos mayores que informaban de niveles más altos de edadismo tendían a experimentar peores resultados de salud. El edadismo total también se asoció positivamente con la soledad, lo que sugiere que los niveles más altos de edadismo percibido se correspondían con un aumento de la soledad. Se observaron patrones similares para el edadismo autodirigido e interpersonal. Por el contrario, el edadismo institucional no mostró ninguna asociación significativa con la salud o el bienestar. Curiosamente, las experiencias de edadismo no se asociaron significativamente con el contacto intergeneracional entre los adultos mayores.

Asociaciones entre los factores demográficos y las experiencias de edadismo

Se llevó a cabo una serie de análisis de regresión para examinar las asociaciones entre diversos predictores demográficos y las experiencias de edadismo, así como las tres dimensiones del edadismo. Los resultados se resumen en la tabla 3.



Tabla 4. Asociaciones entre las variables demográficas y las experiencias de edadismo

Variable	Edadismo (Total)	Edadismo (Auto)	Edadismo (Interpersonal)	Edadismo (Institucional)
Edad	0.007 (0.004)	0.020 (0.005)	0.002 (0.005)	-0.011 (0.008)
Género (Masculino)	0.073 (0.025)	0.135 (0.092)	-0.072 (0.089)	0.171 (0.132)
Etapas subjetiva de la vida	0.041 (0.069)	0.072 (0.034)	0.095 (0.033)	0.006 (0.050)
Nivel educativo	-0.032 (0.013)	-0.085 (0.017)	-0.022 (0.018)	0.044 (0.026)
Tamaño de la población	-0.031 (0.060)	-0.08 (0.08)	-0.030 (0.078)	-0.012 (0.116)
Persona con discapacidad (Sí)	0.344 (0.067)	0.508 (0.088)	0.332 (0.090)	0.067 (0.138)
Estado civil (Casado)	-0.232 (0.064)	-0.240 (0.087)	-0.286 (0.084)	-0.066 (0.129)
Propietario (Sí)	-0.043 (0.095)	-0.147 (0.126)	-0.031 (0.123)	0.231 (0.183)
Estatus social subjetivo	-0.059 (0.017)	-0.070 (0.023)	-0.070 (0.022)	-0.001 (0.034)

La etapa subjetiva de la vida, el estado civil, la discapacidad y el estatus social subjetivo se correlacionaron significativamente con la discriminación por edad en general, así como con la discriminación por edad autodirigida e interpersonal. En concreto, las personas que se percibían a sí mismas en una etapa tardía de la vida no estaban casadas en el momento de la encuesta y declaraban un estatus social subjetivo más bajo tendían a informar de niveles más altos de experiencias de discriminación por edad. El nivel educativo se asoció negativamente con la discriminación por edad en general y la autodirigida, lo que sugiere que las personas con niveles educativos más bajos eran más propensas a informar de niveles más altos de discriminación por edad en general, especialmente la autodirigida. No se encontró ninguna asociación significativa entre la educación y el edadismo interpersonal o institucional. La edad se asoció positivamente con el edadismo autodirigido, lo que indica que los participantes de más edad eran más propensos a informar de edadismo autodirigido. El género, el tamaño de la ciudad y la propiedad de bienes inmuebles no se relacionaron significativamente con las experiencias de edadismo entre los adultos mayores.



HelpAge España

*las personas
mayores cuentan*

 Observatorio
del Edadismo

Subvencionado por:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES

 IMSERSO