



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**“RELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE GERONTOLOGÍA
CON LOS ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ EN UN GRUPO DE
ENFERMERAS EN PRÁCTICA PROFESIONAL HOSPITALARIA”**

**MAESTRA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN)**

P R E S E N T A

LYZZÓN ERNESTINA CARREÑO SÁNCHEZ

**DIRECTOR DE TESIS: DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

MÉXICO, D. F. MAYO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 8 de agosto del 2012, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna LYZZÓN ERNESTINA CARREÑO SÁNCHEZ con número de cuenta 072040193, con la tesis titulada:

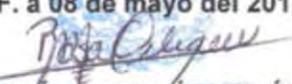
"RELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE GERONTOLOGÍA CON LOS ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ EN UN GRUPO DE ENFERMERAS EN PRÁCTICA PROFESIONAL HOSPITALARIA."

bajo la dirección del(a) Doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez

Presidente : Maestra María Cristina Muggenburg R y V
Vocal : Doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez
Secretario : Doctor Rafael Villalobos Molina
Suplente : Doctora Esther Villela Rodríguez
Suplente : Maestra Elsa Correa Muñoz

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
MÉXICO D. F. a 08 de mayo del 2013.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

JEG-F6

AGRADECIMIENTOS

A tí Gran Creador de cuanto existe por dar luz a mí entendimiento y la fuerza suficiente para concluir esta obra.

Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado por el apoyo brindado al otorgarme beca completa para realizar los estudios de maestría en enfermería.

Al personal de enfermería del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” del ISSSTE, por ser parte de mi vida profesional y el sujeto de mi superación gremial, a quienes sin su colaboración no hubiera sido posible este estudio.

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez mi tutor, quien a pesar de la etiqueta con la que llegué con él, me concedió el beneficio de la duda y su apoyo para dirigir y concluir esta tesis.

A mis queridos docentes María Cristina Muggenburg Rodríguez y Vigil, Sofía Pérez Zumano, Marco A. Cardoso Gómez, Susana González Velázquez, Silvia Crespo Knopfler, Teresa Cuamatzi, Artemisa Espinoza Olivares y Gema Stiker Múgica; quienes con su exigencia, palabras de aliento, comprensión, pero sobretudo del trato más como colegas que como docente–alumna hicieron que el tránsito por la maestría fuese afable y muy provechoso.

A las maestras Elsa Correa Muñoz, M^a de Lourdes Perusquía García, Virginia Reyes Audúfred y al maestro Alejandro Ramírez Figueroa que con sus conocimientos y el amor a los adultos mayores, me permitieron tener una visión diferente del tema que los apasiona y por el que trabajan y luchan constantemente por mejorar cada día con su ejemplo de vida.

A la QFB Ixel Venecia González Herrera, quien compartió su conocimiento estadístico conmigo en un momento crítico de este trabajo. Gracias por tu tiempo y paciencia.

A mis sinodales, Maestra María Cristina Müggenburg Rodríguez y Vigil, Dra. Esther Villela Rodríguez, Maestra Elsa Correa Muñoz, Dr. Rafael Villalobos Molina y al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, mi tutor. Quienes con sus sugerencias y observaciones, ayudaron a dar complemento a este trabajo. Gracias por sus palabras y sugerencias.

A las Maestras Lyzzón Yenisei y Nohemí, al Lic. en Psicología Guillermo Javier y mi incipiente Ingeniero en aeronáutica Oscar Sayyid Preza Carreño, mis hijos. Cuyas palabras han sido menos que sus hechos, por la fortaleza y apoyo que han demostrado ante las adversidades que hemos vivido. De quienes siempre me he sentido orgullosa por sus esfuerzos y logros, del que este documento es parte. Mi agradecimiento y admiración.

A Héctor Guillermo y Martha Elvia mis hermanos; por su amor, sus palabras, apoyo incondicional y fraterno, los cuales han sido tan valiosos en mi vida y sobre todo durante el período de la maestría.

A “Alfa y Omega 33”, mis hermanas de la vida, quienes me han mostrado el significado del buen vivir en el aquí y el ahora; por su disciplina, exigencia, esmero y palabras de aliento. Por su afecto y escucha cuando lo he necesitado, antes, ahora y durante mis épocas oscuras en la maestría, dando luz a mi entendimiento y fortaleza a mi espíritu para concluir este esfuerzo.

Por ayudarme a descubrir que la adversidad se abate únicamente con trabajo arduo y constante para alcanzar la luz del conocimiento, pero sobre todo por su ejemplo en el hacer. Gracias Alfas.

A mis entrañables amigas de la maestría Sara Santiago García y María Elena Fernández† quienes a pesar de todo, estuvieron a mi lado en las buenas y en las peores, de quienes aprendí que la igualdad está en la mente no en la edad ni en la apariencia. Mil

gracias por existir y acompañarme en este período del camino de la vida siendo mis amadas amigas del alma.

A mis compañeras y compañeros de la 5ª generación del programa de maestría de la ENEO-UNAM, quienes con su tenacidad y empeño mostraron que nada ni nadie puede truncar un objetivo planteado.

A Lyzzón Ernestina Carreño Sánchez por la lucha decidida y tenaz a través de la capacitación y actualización profesional constante, estando convencida que la Educación es la única forma de enaltecer al gremio de enfermería. Por su derecho a realizar la maestría como un reto personal sin dejarse vencer por los estereotipos y prejuicios encontrados en este camino.

Y a todos aquellos, aunque omití sus nombres, que de alguna manera han sido valiosos con sus consejos, apoyo fraterno, amor y compañía como parte de mi trayectoria profesional y personal.

A todos, mi agradecimiento eterno.

DEDICADO

A Guillermo Carreño Suárez[†] mi padre, quien con su amor incondicional probó que la coherencia es la base de una vida digna y plena, inculcándome el orgullo de pertenecer a una hermosa y gran familia.

A Gloria Sánchez Montiel mi madre, cuyas enseñanzas –más allá del ejemplo–, fortaleza, disciplina, tenacidad en el logro de un objetivo y amor a la familia, han hecho de mí gran parte de quien soy.

A Noé Preza Sánchez[†] mi esposo, quien me mostró que no existe camino sencillo, y sólo prevalece una sola opción: andarlo. Gracias por tu inmenso amor, ayudarme a crecer y a madurar como mujer y ser humano.

A Gilberto González Paredes[†], quien antes de iniciar la aventura de la maestría creyó en mí dándome bellas palabras de aliento visualizando un mañana cercano con un título de maestría. Gracias por tu amor y apoyo donde sea que te encuentres amado mío.

A los profesionales de enfermería que temen acercarse al estudio de la gerontología; mundo complejo, apasionante y diferente al tratar de entender al viejo desde la vida biológica, psicológica, social y familiar. Ojalá podamos llegar a ser viejos sanos y activos en el futuro cercano, con base en el trabajo personal con el conocimiento que ofrece la gerontología.

*Con mi amor
y en la esperanza de una excelente calidad de vida
en la vejez*

ÍNDICE

I.	RESUMEN	8
	ABSTRACT	9
II.	INTRODUCCIÓN	10
III.	MARCO TEÓRICO	12
	III.1. Envejecimiento	14
	III.1.1. Transición demográfica	15
	III.1.2. Transición epidemiológica	21
	III.1.3. Proceso de envejecimiento	24
	III.2. Representaciones sociales	45
	III.2.1. Etiquetamiento	61
	III.2.2. Estereotipos	64
	III.3. Formación Profesional de Enfermería	82
	III.3.1. Enfermería Gerontológica y Geriátrica	97
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	101
V.	HIPÓTESIS	101
VI.	OBJETIVOS	102
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	103
	VII.1. Tipo de estudio	103
	VII.2. Población de estudio	103
	VII.3. Variables	104
	VII.4. Técnicas	107
	VII.5. Análisis estadístico	109
VIII.	RESULTADOS	110
IX.	DISCUSIÓN	129
X.	CONCLUSIONES	134
XI.	PERSPECTIVAS	135
XII.	REFERENCIAS	136
XIII.	ANEXOS	142

I. RESUMEN

Antecedentes. Los estereotipos son imágenes cognitivas ligadas a una idea generada en el endogrupo hacia otro grupo, conceptualizándose dentro de las representaciones sociales aceptadas socialmente. En este sentido, los conocimientos teóricos sobre el envejecimiento y la vejez con un marco conceptual gerontológico evitan o disminuyen los estereotipos en la práctica profesional. Por lo tanto, se deduce que el personal de enfermería con menos conocimientos gerontológicos en el nivel hospitalario manifiesta más estereotipos, lo que afecta el tipo de atención que reciben las personas mayores. **Objetivo.** Determinar la relación entre el nivel de conocimientos básicos de gerontología y los estereotipos hacia la vejez de un grupo de enfermeras en ejercicio profesional hospitalario. **Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional, en una muestra de 91 profesionales de enfermería de una unidad de segundo nivel de atención compuesta de 78 mujeres (86%) y 13 hombres (14%), con media de edad de 40.7 años. Los profesionales con licenciatura fueron el 56% y con nivel técnico el 44%, distribuidos en el turno diurno (54%) y en el nocturno (45%), y con antigüedad laboral en la unidad mínima de 1 año y máxima de 38 años. Se aplicó un cuestionario (validado por consenso de expertos de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM), para valorar los conocimientos básicos de las enfermeras sobre gerontología y los estereotipos hacia la vejez; está conformado por los siguientes apartados: (1) características sociodemográficas de la población de estudio; (2) conocimientos básicos de gerontología con 48 ítems de respuesta dicotómica de verdadero y falso; y (3) adjetivos relativos a estereotipos de la vejez con 34 ítems, escala tipo Likert de cinco respuestas con valor mínimo de 1 y máximo de 5. Se utilizó el programa SPSS 15.0 para el análisis estadístico de los datos, con pruebas descriptivas (media, desviación estándar), "t" de student, Ji cuadrada (χ^2) y regresión simple. **Resultados.** La calificación promedio global de conocimientos básicos de gerontología del grupo de participantes fue 7.32 de 10 puntos totales. En las áreas, la de calificación más baja fue la psicológica (6.9 ± 1.2) y la de más alto promedio fue en la social (7.9 ± 0.9). Respecto a los factores vinculados con la calificación promedio, no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$) entre la formación académica de licenciatura en comparación con el nivel técnico, ni la antigüedad laboral de más de 15 años. En relación a la experiencia laboral con adultos mayores, se observó que el promedio de los conocimientos en el área social fue mayor en el personal de enfermería que reportó tener experiencia profesional con adultos mayores (sin experiencia, 7.53 ± 0.95 vs con experiencia, 8.03 ± 0.90 , $p < 0.05$). Respecto a la influencia de la edad del personal de enfermería (media de 40 años de edad), se observó el predominio de estereotipos sociales en el personal de enfermería con edad igual o menor de 35 años de edad. Se encontró una asociación negativa significativa ($r = -0.276$, $p < 0.01$) entre el nivel de conocimientos y el predominio de estereotipos de tipo pueril. Por otro lado, se encontró una asociación negativa estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos básicos del personal de enfermería en el área psicogerontológica y el predominio de estereotipos en general ($r = -0.202$, $p < 0.05$). En este sentido, la mayor correlación estuvo en el predominio de estereotipos pueriles ($r = -0.297$, $p < 0.01$) y negativos ($r = -0.292$, $p < 0.01$). **Conclusión.** Nuestros hallazgos sugieren que el nivel de conocimientos básicos en el ámbito de la psicogerontología del personal de enfermería tiene una correlación negativa con la percepción de estereotipos de la vejez principalmente de tipo pueril, lo cual tiene una repercusión negativa en el cuidado del personal de enfermería al adulto mayor a nivel hospitalario.

ABSTRACT

Background. Stereotypes are cognitive images linked to an idea generated in the ingroup to another group, conceptualized within specific social representations socially accepted. In this sense, the knowledge about aging and old age with a conceptual framework gerontological avoid or reduce stereotypes in professional practice. Therefore, it follows that the nursing staff with less knowledge on the hospital level gerontological manifested most stereotypes, which affects the type of care received by older people. **Objective.** To determine the relationship between the basic knowledge of gerontology and stereotypes toward aging of a group of nurses in hospital practice. **Material and methods.** This study was an observational, cross-sectional and correlational design, in a sample of 91 nurses from one unit of secondary care consists of 78 women (86%) and 13 men (14%), with mean age of 40.7 years. Professionals with degree were 56% and 44% technical level, distributed the day shift (54%) and in the evening (45%), and seniority in the unit at least 1 year and a maximum of 38 years. A questionnaire was applied (validated by expert consensus of the Gerontology Research Unit of the Graduate School of Zaragoza, UNAM) to assess the basic knowledge about gerontology and aging stereotypes. The instrument was comprised of the following sections: (1) demographic characteristics of the study population, (2) basic knowledge of gerontology with 48 items of dichotomous true-false, and (3) adjectives relating to stereotypes of old age with 34 items, Likert scale responses of five minimum value of 1 and a maximum of 5. We used SPSS 15.0 for statistical analysis of the data, descriptive tests (mean, standard deviation), "t" student, Chi square (χ^2) and simple regression. **Results.** The mean overall basic knowledge of gerontology to the group of participants was 7.32, for a total of 10 points. The area where the lowest score obtained was in the psychological (6.9 ± 1.2) and the highest was the social average (7.9 ± 0.9). Regarding the factors associated with the mean score, no significant differences ($p > 0.05$) between academic degrees compared with the technical level, or length of service of over 15 years. Regarding work experience with older adults, found that the mean knowledge in the social area was higher in nurses who reported having experience with older adults (inexperienced, 7.53 ± 0.95 vs. experienced, 8.03 ± 0.90 , $p < 0.05$). Regarding the influence of age of nurses (mean age 40 years old) showed the predominance of social stereotypes nurses old or under 35 years old. We found a significant negative association ($r = -0.276$, $p < 0.01$) between the level of knowledge and prevalence of type childish stereotypes. Furthermore, we found a statistically significant negative association between the level of basic knowledge of nurses in the area psychogerontology and prevalence of stereotypes in general ($r = -0.202$, $p < 0.05$). In this sense, the highest correlation was in the predominance of childish stereotypes ($r = -0.297$, $p < 0.01$) and negative ($r = -0.292$, $p < 0.01$). **Conclusion.** Our findings suggest that the level of basic knowledge in the field of nursing staff psychogerontology is negatively correlated with perceived stereotypes of aging mainly childish type, which has a negative impact on nursing care for the elderly in hospitals.

II. INTRODUCCIÓN

Las actitudes de los individuos están relacionadas con los aprendizajes adquiridos dentro del grupo familiar en particular y en el social donde se desenvuelven en lo general, manifestando estereotipos y prejuicios hacia personas o grupos. Dentro de la conformación de los grupos sociales la dinámica generada entre sus miembros es aceptada y reconocida por las representaciones sociales que dentro de ellos se generan. Estas se manifiestan inicialmente con etiquetamientos hacia las características específicas derivadas de la ideología, raza, religión, situación geográfica, color de piel, edad, estatus económico, profesión, etc. Así, las imágenes, etiquetas, estereotipos, prejuicios, representaciones sociales y profesionales se relacionan con afinidades entre miembros del grupo generando una dinámica propia.

Sin embargo, estas actitudes estereotipadas y prejuiciosas son tendientes a la marginación, el desagrado, temor, negación y agresión reflejadas hacia grupos vulnerables entre los que se encuentra el de las personas adultas mayores. Las actitudes o acciones, individuales o institucionales hacia las personas o grupos por edad se demuestran por parte de otros individuos o grupos y hasta por los mismos ancianos con sesgos de discriminación.

En el ejercicio profesional de enfermería existen actitudes expresadas posiblemente por los conocimientos del personal relacionados a las características y cambios biológicos, psicológicos y sociales inherentes a los grupos por edad. En este sentido, un grupo donde se observa con mayor frecuencia este fenómeno es en el de los ancianos, sea por su larga estancia hospitalaria por complicaciones a la patología de base que presentan o por las actitudes observadas en la familia hacia ellos. Lo que posiblemente dirige las actitudes estereotipadas hacia la vejez, manifestadas por el personal de enfermería que le otorga cuidados o por algunas experiencias previas adquiridas en su endogrupo de procedencia.

Para poder esclarecer las actitudes estereotipadas hacia la vejez en el personal de enfermería se toma como referencia el conocimiento gerontológico que poseen, y esta situación puede hacer la diferencia entre la disminución o aumento de los estereotipos que subyacen hacia la vejez durante la práctica hospitalaria. Estos conocimientos son adquiridos en la formación teórica profesional considerada dentro del plan de estudios de la carrera de enfermería, en las distintas instituciones académicas y modalidades que la proponen como oferta educativa.

Dentro del plan de estudios de las escuelas de enfermería se contempla como asignatura a la gerontología en los períodos finales del plan sea este semestral, cuatrimestral, anual o modular. En este sentido la geriatría y la gerontología son asignaturas obligatorias dentro del plan, donde la primera tiene mayores créditos por el modelo biomédico de salud apoyado en el proceso enseñanza–aprendizaje de las escuelas de enfermería. Dentro del desarrollo teórico educacional estas asignaturas son denominadas de diferente forma conforme a la modalidad y escuela de que se trate.

Sin embargo, el conocimiento especializado del envejecimiento humano es una necesidad de superación laboral y profesional del personal de enfermería al buscar la capacitación continua o especializada en el adulto mayor para acceder a mayor conocimiento, otra jerarquía institucional o salario mayor. En este sentido, la especialización dirigida a la atención del anciano es poco demandada entre los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular creando con esto un déficit de profesionales especializados en la atención gerontológica de la población.

Los estudios respecto a los estereotipos hacia la vejez en enfermería son escasos en México, y los encontrados se refieren a estudiantes de las carreras relativas a la salud; otros estudios se han enfocado a la percepción de los ancianos a cerca de las actitudes estereotipadas hacia ellos durante el cuidado que reciben del personal de enfermería y otros profesionales de la salud. Bajo este escenario, es pertinente realizar este estudio para conocer la relación entre el conocimiento básico gerontológico y los estereotipos sobre la vejez que posee un grupo de enfermeras durante el ejercicio profesional hospitalario de segundo nivel de atención médica.

III. MARCO TEÓRICO

Las dimensiones del envejecimiento permiten observar un amplio panorama, donde el cuidado enfermero tiene un campo de acción importante para la mejora de la salud en los pacientes gerontes. Estas dimensiones son: cultural, ambiental, económica, política, biológica, social y psicológica incluyendo en esta última las actitudes hacia el grupo envejecido por los distintos profesionales, principalmente los de la salud. El contacto más cercano de los pacientes ancianos dentro de las unidades hospitalarias es con el personal de enfermería debido a las largas estancias hospitalarias por las complicaciones de patologías crónico – degenerativas principalmente.

Por lo que el personal de enfermería debe estar capacitado para ofrecer cuidados hacia la población adulta mayor que ingresa a las unidades de salud, siendo su relación más asertiva a través de los conocimientos básicos gerontológicos adquiridos durante la formación profesional. Sin embargo, existen actitudes aprehendidas desde el grupo social de pertenencia mostrando estereotipos hacia determinados grupos etarios, donde los adultos mayores son uno de ellos. Por lo que el grupo de enfermería no se sustrae a expresar los estereotipos hacia la vejez de diversas formas a través de acciones o comentarios ya sean positivos o negativos.

El envejecimiento poblacional de los últimos años ha sido una constante preocupación de los gobiernos a nivel global, debido a las proyecciones demográficas y epidemiológicas emitidas por instituciones internacionales para el año 2050. Uno de los aspectos de mayor interés son las necesidades de salud, la cobertura económica y el gasto social como repercusiones financieras al mediano plazo en una población envejecida. Estas proyecciones han sido realizadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a nivel mundial y en México por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) basadas en el censo de 2010.

Al incrementar la esperanza de vida de los individuos y la transformación gradual de la pirámide poblacional se observan estereotipos dentro de la población económicamente

activa hacia la vejez. Estos estereotipos son aprehendidos y establecidos desde la familia o la sociedad, generando imágenes y etiquetas que se mantienen durante toda la vida del individuo y dentro de sus aprendizajes. Dando lugar a las representaciones sociales manifestadas en creencias y actitudes individuales hacia la realidad concebida desde el imaginario colectivo y a través de la ideología adquirida.

Dentro de esas imágenes se encuentran las de la edad y la concepción que se tiene del proceso de envejecimiento individual y colectivo sin algún sustento teórico y, consideran esta etapa como la última del ser humano. La implementación de políticas públicas hacia la población envejecida incluye de forma activa a todos los profesionales y en particular a los de la salud; generado modelos gerontológicos con enfoque en la conservación de la funcionalidad mental, física, social, aumento de autoestima, manejo del autoconcepto y propiciando el autocuidado. Estos modelos aportan elementos que propician la independencia del anciano dentro de la familia y sociedad, así contribuyen a mejorar su calidad de vida y la relación con su entorno. Los resultados favorables del modelo impactan en el autocuidado y la conservación de la funcionalidad reafirmada por la educación gerontológica pretendiendo disminuir los estereotipos hacia la vejez en los ancianos como en los profesionales de la salud.

Al mantener las actitudes estereotipadas se transforman en prejuicios hacia las personas ancianas, comprendidas dentro de las representaciones sociales como imágenes cognitivas negativas dirigidas a la vejez con etiquetamiento y discriminación. Estas actitudes han sido estudiadas en México por el Consejo Nacional de Prevención contra la Discriminación (CONAPRED) dentro de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) en el 2010. No obstante, algunos estudios consideran que el conocimiento teórico y el aprendizaje del proceso de envejecimiento integran la parte substancial en la disminución y modificación de los estereotipos hacia la vejez que subyacen en las actitudes hacia los ancianos por los profesionales de salud y en la población general.

En este sentido se expone la contextualización del envejecimiento, desde la poblacional con la transición demográfica y epidemiológica y una somera descripción del envejecimiento individual relacionando a los órganos de los sentidos. Posteriormente se connotan las representaciones sociales hacia la vejez y la derivación de estas en el etiquetamiento, los estereotipos y su exacerbación, que resulta en los prejuicios y el viejismo. Y finalmente, la formación teórica profesional de enfermería y la especialización sobre el conocimiento gerontológico.

III.1. Envejecimiento

Muchas ocasiones se confunden los términos vejez y envejecimiento, considerando que se trata del mismo proceso; sin embargo, las acepciones y concepciones de ese constructo se ven diferenciadas en el tiempo del proceso y en la etapa histórica de la vida del individuo y del grupo social. Se considera el grupo de la tercera edad a partir de los 60 años de edad en los países en vías de desarrollo y de los 65 años en los países desarrollados.

La vejez puede considerarse al incremento en el riesgo de morir con el paso del tiempo aunado con el proceso de fragilización como resultado de la interacción con el entorno que determina una merma de la capacidad de compensación, reserva homeostática y posibilidad de responder ante eventos estresantes y adversos. Esto conlleva un riesgo cada vez mayor donde el desenlace es desfavorable y guía hacia la dependencia o muerte. Envejecimiento es un proceso asociado a la vida y su calidad, que al construirse deja experiencia, siendo el inicio, desarrollo, consolidación y manejo de pérdidas para dar un salto al siguiente ciclo manteniendo la integridad del funcionamiento orgánico y la adaptación a un nuevo entorno.¹

Envejecer es entonces la unión de procesos que resultan de la interacción entre factores genéticos y las influencias extrínsecas ligadas al medio ambiente de los que implican patrones de envejecimiento observados en personas con ambientes dispares. En este período la salud y enfermedad se relacionan con la herencia, los modos de vida, riesgos ambientales, alimentación, condiciones económicas, emocionales, de sentimientos, etc. Así, el principal objetivo de una buena vejez es mantener o recuperar la funcionalidad a través de la actividad física, mental y social de los ancianos mejorando con ello su calidad de vida evidenciada dentro de la transición demográfica.²

III.1.1. Transición Demográfica

La demografía de un país es la descripción de su población en un determinado lapso de tiempo, para lo cual se han creado parámetros específicos internacionales que miden las poblaciones en un contexto igualitario y hacen comparaciones por indicador a nivel global. En México estos datos son recogidos en los censos poblacionales y de vivienda efectuados por el INEGI cada 10 años obteniendo datos de análisis en estructura y factores de conformación poblacional. Estos indicadores se denominan sociodemográficos, observando en ellos lo más relevante en lo nacional, estatal, municipal y por ciudad, como: distribución territorial, composición poblacional (por edad y sexo) y de vivienda. Poblacional: Características educativas, económicas, situación conyugal, derechohabencia, limitaciones físicas o mentales, religión y tipo de lengua. Estos indicadores se conjugan en seis características poblacionales escindidas en demográficas, culturales, sociales, económicas, del hogar (composición familiar y del mobiliario) y vivienda (estructura)³. En nuestro país los datos del último censo poblacional y de vivienda⁴ muestran que en 2010 el total de la población fue de 112 336 538 personas, de las cuales 57 481 307 son mujeres y 54 855 231 son hombres. De esta distribución, el grupo de nuestro interés es el de las personas adultas mayores (Figura III.1.).^{5, 6, 7}

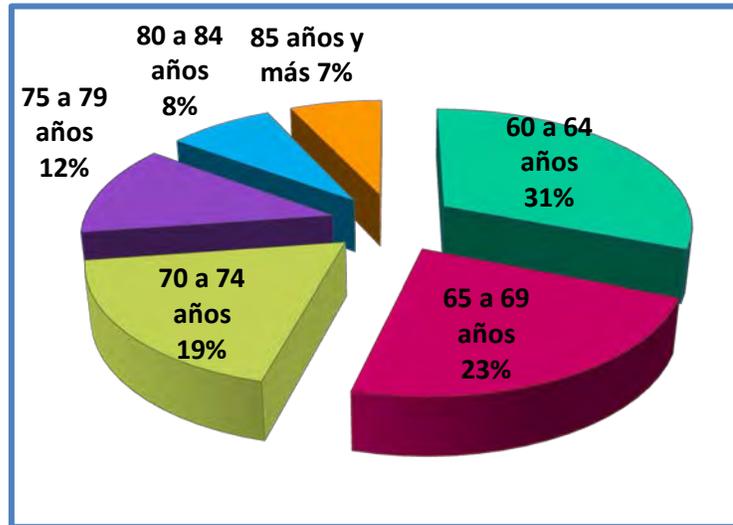


Figura III.1. Distribución porcentual de la Población de Adultos Mayores

Fuente: Elaboración propia. Datos: Censo 2010. Población total edad, adultos mayores el 8% (10 055 379). El 31% grupo de 60 a 64 años (3 116 466); el 23% de 65 a 69 años (2 317 265); el 19% de 70 a 74 años (1 873 934); el 12% de 75 a 79 años (1 245 483); el 8% de 80 a 84 años (798 936) y el 7% (703 295) al grupo de 85 años o más.

Dentro de la distribución poblacional, en la relación de edad por entidad federativa se observa que las mujeres de 60 años y más se ubican con mayor porcentaje en el Distrito Federal (12.6%), seguida por Oaxaca (10.6%), Morelos (10.5%), Veracruz (10.4%), Michoacán, Nayarit y Zacatecas (10.3%). En cuanto a los hombres adultos mayores, se sitúan con mayor porcentaje en Nayarit y Zacatecas (9.9%), Distrito Federal (9.7%), Oaxaca (9.6%), Michoacán y Veracruz (9.5%), Morelos (9.3%), y San Luis Potosí (9.1%). Estos resultados se plasman en la pirámide poblacional y muestran el envejecimiento progresivo de la población mexicana hacia el 2050 conforme a las proyecciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (Figura III. 2.).

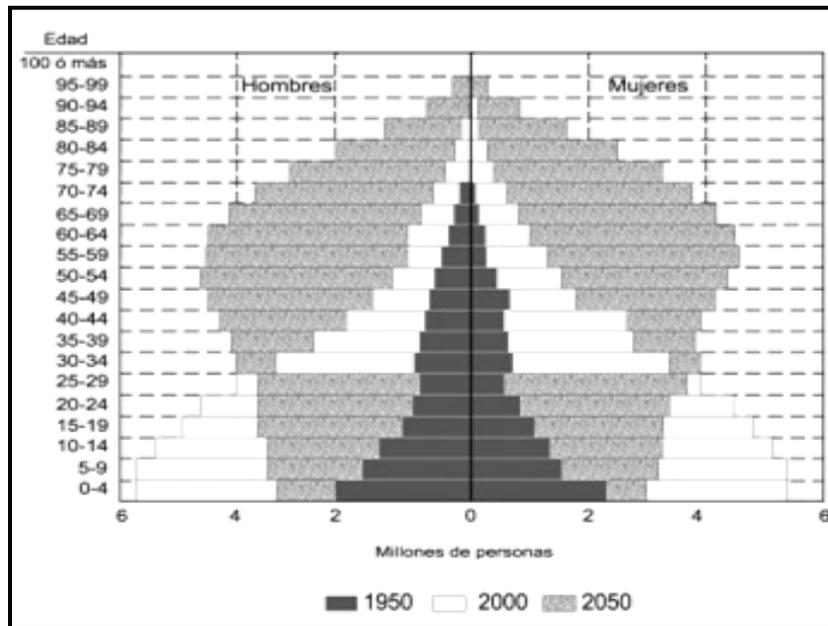


Figura III. 2. México: Pirámide de edades a inicio de año, 2000 y 2051.

Tomado de Partida⁸. Los determinantes demográficos del envejecimiento de la población.

Un elemento importante es la migración interna y la internacional, lo que disminuye la tasa de crecimiento natural y total, donde la pérdida neta por migración está dirigida hacia los Estados Unidos de América principalmente. Se estima que la movilidad territorial reduce 0.4% la tasa de crecimiento natural y se prevé que para los próximos años la tasa de emigración neta podría reducirse de 0.39% (2000) a 0.23% (2050); mientras que la tasa de crecimiento en 2010 fue del 1.4%, no obstante, si las tasas de fecundidad, mortalidad y migración previstas se mantuvieran constantes y la tasa intrínseca de crecimiento poblacional estable, esta sería de -0.78% de la población envejecida hasta el 2050.⁸

La migración retiene solamente a mujeres, niños y ancianos en las poblaciones rurales, porque los hombres jóvenes y maduros se trasladan a las ciudades más grandes para mejorar su educación o economía en el caso de la migración interna. La migración externa es para mejorar y apoyar la economía familiar dejando la vida rural en busca de

alternativas laborales o educativas (posgrados) principalmente. Cuando regresan al país estos migrantes las condiciones no cubren sus expectativas y buscan regresar al extranjero, unos para quedarse y otros para obtener medios económicos para apoyar a sus familias siempre con el objetivo de mejoras laborales, económicas, sociales y por ende una mejor calidad de vida, regresando de vez en vez a sus comunidades.

La transición demográfica es patente cuando la población transita de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad adicionando el factor movilidad dentro y fuera del territorio nacional, determinando con estos elementos la estructura poblacional. Esta transición se conforma de cuatro etapas: incipiente, moderada, plena y avanzada según el grado logrado en la disminución de la mortalidad y fecundidad. En las etapas incipiente y moderada la mortalidad baja lentamente y la fecundidad no desciende o lo hace lentamente. En la etapa plena tanto la fecundidad como la mortalidad declinan francamente y en la avanzada ambas etapas tienen descensos significativos y sostenidos tendiendo a equilibrar sus valores.⁹ Estas etapas dan lugar al aumento de la esperanza de vida que presentan los individuos como población y sociedad. Conforme al censo del 2010 la esperanza de vida total es de 80 años; mientras que en las mujeres es de 82 años y en los hombres de 78 años teniendo coherencia con la proyección poblacional dirigida hacia el 2050.¹⁰

El envejecimiento poblacional es un proceso temporal y territorial, donde la población habita el territorio y utiliza un ámbito delimitado donde se producen transformaciones en la estructura por edad y sexo representada en la pirámide poblacional. Este proceso tiene dos dimensiones; Primera: aumento de la proporción de las personas mayores, modificándose la relación numérica de relaciones intergeneracionales basada en el descenso de la natalidad, conocido como “envejecimiento por la base de la pirámide”. Segunda: aumento de adultos mayores en términos absolutos y de manera sostenida, incrementando la esperanza de vida en todas las edades, denominado “envejecimiento de la cúspide de la pirámide”.¹¹

La demografía cobra importancia porque influye en la ejecución de políticas públicas gubernamentales desde la perspectiva social, económica, educativa, de vivienda y de salud que el estado ha ofrecido a la población cubriendo las necesidades individuales y manteniendo el bienestar social de la población en todos los rubros. En el indicador “Derechohabencia”, se observan las necesidades de seguridad social y atención médica que la población requiere resolver en situación de enfermedad, dado que a mayor población sin atención médica mayor complicación de las patologías que presenta. Refleja el acceso laboral limitado por el factor educacional y la falta de oportunidad para ocupar un trabajo estable y bien remunerado para mantener una calidad de vida digna y aceptable. Esto provoca que el gasto por enfermedad no previsto en la economía de las familias sin protección médica, acreciente la inestabilidad individual y familiar.

Las instituciones de salud que ofrecen servicio médico a la población mexicana son las públicas con el 95% de atención y las privadas con el 3%. Teniendo el mayor porcentaje de cobertura la Secretaría de Salud con el Seguro Popular con el 36% de la población, el IMSS con el 49%, el ISSSTE con el 9% y Pemex, Defensa y Marina con el 1% de la población derechohabiente³. No obstante, la asistencia de salud no está al alcance de todos los núcleos sociales donde hay grupos vulnerables como ancianos, niños y personas con discapacidad.

En el indicador “Discapacidad” la población de 60 a 85 años ocupa el 40.7% con *alguna discapacidad* mientras que la de 85 años y más ocupa el 7.5%, de la población total. Según el sexo, las mujeres entre 60 a 84 años ocupan el 24.6% de mayor probabilidad de padecer una limitación para realizar actividades de la vida diaria. Mientras que los hombres de la misma edad presentan el 23%, evidenciando que el grupo de mayor edad es de mujeres con el 60.4%, y refleja la sobrevivencia femenina y el mayor riesgo de discapacidad. Los tipos de discapacidad son motora y de desplazamiento (58.3%), visual (27.2%), auditiva (12.1%), del habla o comunicación (8.3%); para realizar actividades de la

vida diaria (5.5%), de aprendizaje (4.4%) y mentales (8.5%); la población con más de una incapacidad debido a enfermedad ocupa el 39.4% y por edad el 23.1%.¹²

En el Cuadro III.1 se observa la relación entre la población general respecto a las características demográficas de la población censada en el 2010 referente a los adultos mayores.¹³

Cuadro III. 1. Datos demográficos de la población adulta mayor respecto a las características tomadas en el Censo poblacional de 2010.

Población de personas adultas mayores ...	%
En México (millones) ¹	10.1
Derechohabientes a servicios de salud ²	71.4
Que son analfabetas ²	24.6
Sin escolaridad ²	27.2
Con nivel de escolaridad de secundaria o menos ²	59.6
Ocupadas ²	30.5
Pensionadas o jubiladas ²	16.7
Dedicadas a los quehaceres del hogar ²	38.4
Porcentaje de mujeres adultas mayores en relación con la población total de mujeres ²	9.4
Porcentaje de hombres adultos mayores en relación con la población total de hombres ²	8.5
Porcentaje de hogares censales cuyo jefe o jefa de hogar es una persona adulta mayor ²	22.2
Con discapacidad respecto de la población total con discapacidad ²	48.2
Con alguna limitación física o mental permanente que les impide trabajar ²	5
Con discapacidad, que señalan que la causa de su limitación es asociada a su edad avanzada ²	23.1
Porcentaje de mujeres adultas mayores con alguna discapacidad ²	50.2
Porcentaje de hombres adultos mayores con alguna discapacidad ²	41.6
Tasa de participación económica de las personas adultas mayores ²	25.7

¹ INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos.

² Cálculos efectuados de acuerdo con INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos. Fuente: Tomado de INAPAM, CONAPRED. ENADIS 2010. Resultados sobre personas adultas mayores.¹⁴

El envejecimiento poblacional no es privativo de México, los países de América Latina presentan el mismo fenómeno tanto en la morbi-mortalidad como en la tasa de fecundidad, proporcionando así las características para la realización de proyecciones del envejecimiento de un país al mediano y largo plazos.

III.1.2. Transición epidemiológica

La transformación de las condiciones de salud implica un cambio en la organización de los servicios de salud, sociales y económicos, manifestado por la asignación de presupuestos diferentes en estos rubros. De ahí que los factores de riesgo, disminución de la fecundidad y avances de la tecnología médica son mecanismos incluidos en la transición epidemiológica donde los resultados se basan en la estimación de la razón del perfil de mortalidad. Esta razón se obtiene dividiendo la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias entre la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y neoplásicas.

Anteriormente, la presencia de enfermedades transmisibles, gastrointestinales, desnutrición y problemas de salud reproductiva eran las predominantes en la población, y han dejado de serlo sin perder su lugar en las patologías dentro del mapa epidemiológico mexicano.

Asimismo, el incremento de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos, aumentaron en importancia de un sistema de salud que aún no ha resuelto completamente los problemas antiguos, y toma nuevas estrategias para enfrentar los retos nacientes.

Sin embargo, los nuevos problemas surgidos del envejecimiento plantean la formación y expansión de instituciones, diversidad y capacitación de recursos humanos, aumento de costos, dependencia científica y tecnológica; así como la calidad insuficiente de la atención de salud y su modificación en resolutiva y especializada.

La transición epidemiológica es considerada como el *proceso a largo plazo del cambio en las condiciones de salud de una población, incluidos los cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte*. También se relaciona a la transición de la salud refiriéndose a ella como *el cambio de las características de la respuesta social organizada a las condiciones de salud*.¹⁴

Conforme al INEGI, la incidencia de morbilidad hospitalaria se transforma en tasa de morbilidad de los casos nuevos durante el período del 2005 al 2009, tomando en cuenta las primeras 10 patologías presentadas por la población mexicana. Las mostradas en la Figura III.3., donde las enfermedades crónico-degenerativas se encuentran dentro de ellas sin ser las preponderantes.¹⁵

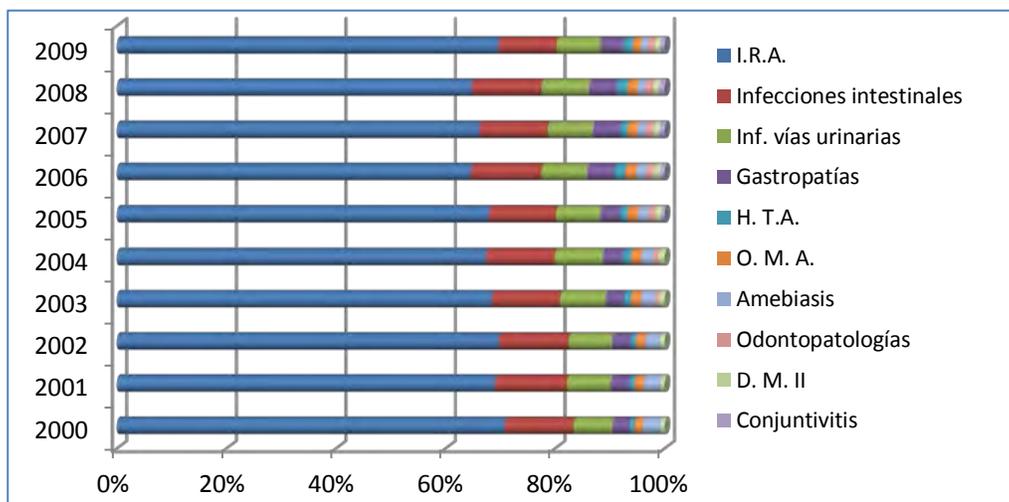


Figura III.3. INEGI. Morbilidad de 10 años (2000 a 2009).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI sobre Morbilidad Hospitalaria. Incidencia de las primeras 10 patologías, por orden descendente, de la población en general: Infecciones respiratorias agudas (IRA), Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, Infección de vías urinarias, Gastropatías (Úlceras, gastritis y duodenitis), Hipertensión arterial (HTA), Otitis media aguda (OMA), Amebiasis intestinal, Odontopatologías (Gingivitis y enfermedad periodontal), Diabetes mellitus no insulínica Tipo II (DM II) y Conjuntivitis.

Respecto a la mortalidad en general durante el año 2010, las primeras 10 patologías fueron: Cardiopatías (24%), Diabetes Mellitus II (19%), Neoplasias (16%), Accidente de tráfico por Vehículo automotor (9%), Hepatopatías y Enfermedad Cerebro-vascular (EVC) 7% respectivamente, Agresiones (6%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (5%), Influenza y Neumonía (4%), Afección perinatal (3%), (incluyendo tétanos neonatal). De las cuales solo 7 suelen impactar en los adultos mayores (Figura III.4.).¹⁶

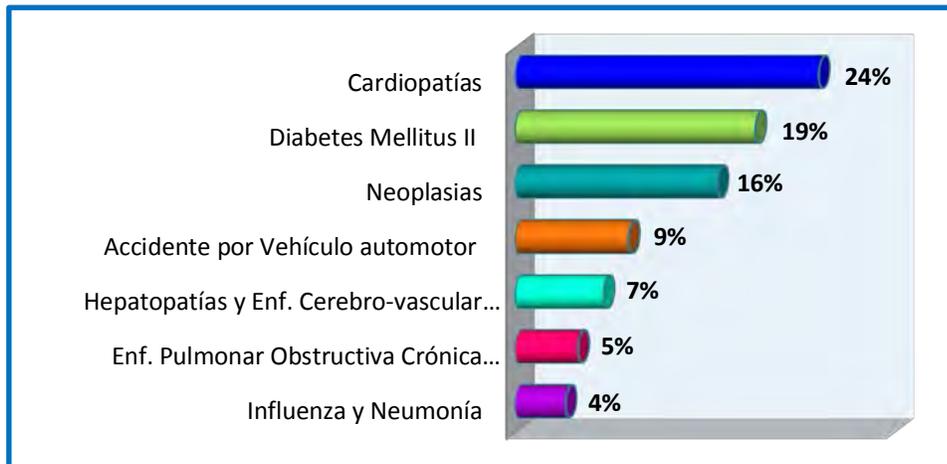


Figura III.4. Mortalidad. Censo 2010

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI 2010 de Defunciones generales totales. Estadísticas de Mortalidad. Causas de defunción en general.

El escenario de la población mexicana es una transición hacia el aumento de las patologías crónicas y degenerativas, habiendo controlado las patologías infecciosas y transmisibles; ya que la mortalidad por enfermedad cardíaca (HTA) es el primer lugar, y la segunda la Diabetes Mellitus II. Llama la atención que el 4° lugar lo ocupen los accidentes de vehículo automotor posiblemente por el aumento del parque vehicular y el tráfico en las ciudades, mostrando la prosperidad económica de la población. Sin embargo, la demanda de atención médica se incrementa a medida que la población envejece y requiere atención de las instituciones de salud por la morbilidad que presenta. En este sentido, los recursos de salud, específicamente del profesional de enfermería, deberán

estar más capacitados y especializados para dar cuidado específico y eficiente a la población envejecida.

III.1.3. Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso paulatino, gradual e inevitable de cambios y transformaciones en lo biológico, psicológico y social, que se estructuran en torno al tiempo vivido¹⁷. El envejecimiento y la vejez están rodeados de etiquetas y mitos generados por las representaciones sociales derivadas de las diversas culturas, ligadas generalmente a características negativas de esta etapa. De ahí emana el etiquetamiento, basado en los cambios cognitivos, fisiológicos y psicológicos que pueden presentarse en la vejez, derivado de los deterioros o patologías que presentan los ancianos.

En este proceso existe una clasificación donde el enfoque multidimensional explica la influencia de la cultura y el ambiente donde se desenvuelven los individuos durante la vejez y el envejecimiento. La generalización del proceso no aplica a todas las personas, pues cada individuo lo vive dependiendo de su entorno, experiencia, calidad de vida y visión de futuro. Respecto a lo económico, se evalúa en cuanto al acceso a medios de producción, seguridad social pública o privada, capacidad de apoyo, tareas de apoyo económico familiar y ayuda a labores para el pago de su manutención.

En lo social, se asocia tanto a la dependencia y la limitación de la participación del individuo en actividades grupales, respondiendo más al juicio social que al biológico, visualizado con un criterio por edad, sin precisar el rol ni definir las actividades que el anciano tiene en la sociedad, sino que se encarga de tareas significativas y valiosas para él sin garantía de reconocimiento social como es el aseo del hogar, la preparación de alimentos, el cuidado de los menores, entre otras¹⁸.

En lo biológico, lo establecido en cada persona logra modificarlo de forma positiva o negativa, dependiendo del entorno o ambiente en el que se desenvuelve; la parte

psicosocial como la contención familiar y las relaciones con otros grupos de convivencia y redes sociales de apoyo. Y por último, la dimensión política de donde surgen las políticas públicas que apoyan a la población, legislando leyes y decretos protectores a los adultos mayores, así como la creación de instituciones con ese objetivo (Figura III.5).¹⁹



Figura III.5. Enfoque Multidimensional del Envejecimiento y la Vejez

Fuente: Tomado de UNAM, CUAED Mirador Universitario, Facultad de Medicina 2007.

El envejecimiento impacta en los individuos, principalmente en su parte biológica, manifestada por la sintomatología o por referencia a sentimientos expresados por los ancianos en las áreas donde se desenvuelven. Algunos cambios que se observan en el organismo conforme avanza la edad son: disminución del flujo sanguíneo renal, hepático y cerebral; disfunción renal y hepática en depuración de toxinas y fármacos; disminución del volumen sanguíneo máximo cardíaco y la menor resistencia a las infecciones, entre otros. Además, la obligatoriedad de reposo por inactividad laboral (jubilación o desempleo), y la aparente disminución de la actividad sexual, la reducción de proyectos al futuro mediato, presencia de enfermedades o limitaciones, etc.

Se debe tomar en cuenta que los individuos como seres sociales, consideran imprescindible la pertenencia para la realización de sus actividades dentro y fuera de la

intimidad familiar donde se desenvuelven. En este sentido y en relación a la convivencia, se distinguen los ámbitos donde influye el envejecimiento de los individuos como son: las relaciones grupales, laborales, fraternales, familiares y consigo mismos. Una forma de explicar el envejecimiento es que éste se da en relación al uso, abuso y desuso de las potencialidades de cada persona²⁰ durante el transcurso de la vida madura (Figura III.6.).

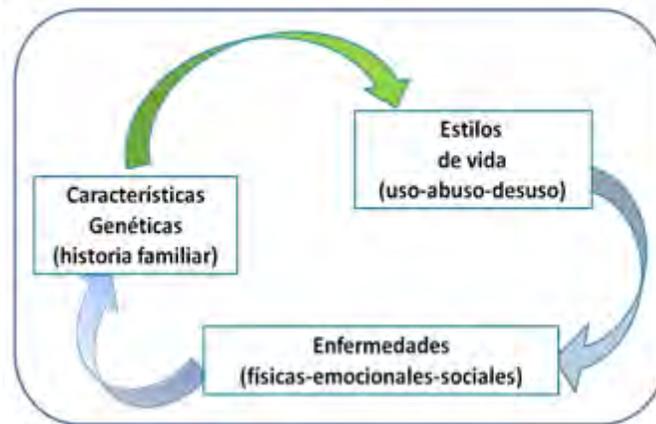


Figura III.6. Factores del Envejecimiento

Fuente: Elaboración propia con base en datos del artículo de Ramos Esquivel.

En el envejecimiento se considera la existencia de seis esferas que impactan el entorno y asimismo lo pueden modificar, siendo estos: Cronológico, Biológico, Psíquico, Funcional, Social y Fenomenológico. Donde el Cronológico es el *conjunto de cambios asociados con el paso del tiempo, dando como resultado una capacidad cada vez menor de adaptación a los retos de la vida*. El Biológico es un *proceso fisiológico* y aunque todos los seres vivos envejecen como parte de un fenómeno universal, es un proceso totalmente individual, ya que cada uno envejece de manera diferente. Se debe considerar el papel histórico y social que tiene el proceso de envejecimiento como un fenómeno estudiado, y reconocer que las concepciones y representaciones sociales sobre estos fenómenos están mediadas por el cambio histórico y social. En el Funcional, la interacción de los elementos

biológicos, psicológicos y sociales se involucran de forma íntima, constituyendo el reflejo de la integridad del individuo durante el proceso de envejecimiento.

El Fenomenológico se refiere a la percepción de la propia edad al tomar conciencia de ella, manifestada por un sentimiento de cambio tanto física como socialmente, siendo principalmente emotivo y de autoestima como impacto posterior.

En cuanto al Psíquico, la parte Cognitiva (capacidades + pensamiento) y la Psicoafectiva (personalidad → afecto) son las modificaciones resultantes de acontecimientos vitales, como el duelo y la jubilación. En cuanto al ámbito Social, los roles desempeñados dentro de la sociedad es lo que afecta a los individuos, como el Ciclo independencia–dependencia durante la edad avanzada (Figura III.7).²

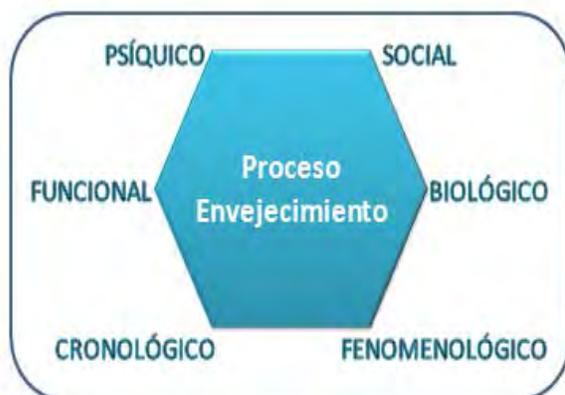


Figura III.7. Ámbitos del Proceso de Envejecimiento.

Fuente: Elaboración propia a partir del artículo de Gutiérrez Robledo².

La palabra viejo, lleva una carga emocional por lo que una persona puede considerarla peyorativa, y otra considerarla normal o como parte de su cultura; dependiendo del contexto histórico asociado a la idea de ser viejo, teniendo acepciones de cariño cuando se evocan familiares antecesores. La palabra “viejo”, adquiere por lo regular una carga negativa, por lo que se han buscado alusiones a la misma, determinando así a personas mayores de 60 años como adulto mayor o adulto en plenitud. Sin embargo, hay adjetivos que siguen con esta carga negativa como lo es “senecto”, “chocho”, “rabo verde”, etc., tomándose como insulto posiblemente por ser la etapa donde las personas

están cercanas al centenario. Pero solo implica marcar una etapa de la vida que no tiene un inicio y un final precisos, donde las palabras y el manejo del lenguaje reflejan la forma de pensar de los tiempos, relacionados con las construcciones sociales que se van construyendo.¹

Durante el envejecimiento existe una clasificación por *Edad*, tomando en cuenta a la cronológica, psicológica, funcional o social, como términos con que se identifica al grupo de la tercera edad o adultos mayores. La asociación más frecuente es *vejez=experiencia, saber, trascendencia, conocimiento y reconocimiento* como valores asociados a ella y como *reservorio de experiencia*. En las sociedades envejecidas esta última etapa de la vida ha de durar prácticamente la misma cantidad de años que cada una de las anteriores, por lo que las generaciones más jóvenes tienen la posibilidad de hacer uso de la experiencia de vida acumulada de aquellas.

La *edad cronológica* considera que la mayoría de la gente supone que la vejez depende sólo del paso del tiempo; pero también se establece en función de la edad física, por ello, no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo ritmo. El acondicionamiento físico y el cuidado corporal pueden llevar a que las personas de mayor edad estén físicamente mejor que otras más jóvenes. Existen personas ancianas que tienen mayor salud que otras más jóvenes y existe una enorme variabilidad entre personas de edad en cuanto a enfermar, determinado por el capital biológico modulado por el genoma y su interrelación con el ambiente¹. En México, el grupo de adultos mayores es a partir de los 60 años, según el INEGI en los datos obtenidos del último censo de población y vivienda, y teniendo en cuenta que la esperanza de vida promedio de la población en general es de 80 años, para las mujeres de 82 y 79 años para los varones.¹⁰

La *edad Psicológica* se considera al equilibrio entre estabilidad y cambio, siendo este entre el crecimiento y declive durante la vejez, relacionado con las funciones cognitivas específicamente. En esta edad se percibe el estereotipo común de la psicología ante la

vejez, considerando la acepción “viejo” como igual a rigidez de la personalidad, lentitud de ejecución, de decisiones, problemas de memoria o falta de espontaneidad.

En la *edad Funcional* se predice el envejecimiento satisfactorio desde un punto de vista global, caracterizada por la ejecución de las actividades de la vida diaria y consta de nueve factores que miden el grado de vejez del individuo. Estos son: 1. Elasticidad cutánea, 2. Equilibrio estático, 3. Fuerza, 4. Capacidad vital, 5. Consumo de oxígeno, 6. Tiempo de reacción, 7. Habilidades funcionales, 8. Satisfacción con la vida y 9. Amplitud de redes sociales. A su vez se divide en: *Vejez normal, patológica y exitosa*; la primera cuando cursa sin patología; la segunda se asocia a múltiples patologías, frecuentemente siendo las crónicas y/o degenerativas con alto riesgo de incapacidad o dependencia. Y finalmente Exitosa, cuando permanece con baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, asociada a un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso activo con la vida.

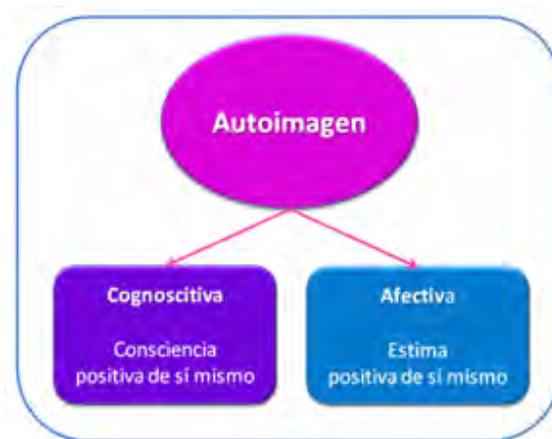
La *edad Social* está regulada por la educación, los roles familiares y de trabajo; así, la vejez está regulada con base en la edad laboral que considera que la vejez comienza con la jubilación. Las personas en la vejez son definidas como “viejo-s” como término despreciativo; “Anciano” como vejez patológica en personas de 75 a 80 años; “Tercera edad” a las personas de edad beneficiadas de programas públicos de salud y tiempo libre como parte de las políticas públicas; y por último, como “Persona mayor” como un término más descriptivo o neutro utilizado y aceptado socialmente.

En la vejez, la Integridad psíquica, física y emocional son importantes, dado que existe crisis de identidad como parte de la transición hacia la vejez; *los ancianos extraen un sentimiento de plenitud de la totalidad de su vida, la cual se expresa en su actual etapa de culminación*. La integridad es la culminación, el alcance y logro de los objetivos, metas y retos planteados para afrontar a la vejez; donde el componente esencial de la integridad es la aceptación de la realidad de sí mismo y de su propia vida.

La Crisis en la vejez, es principalmente de identidad, autonomía y pertenencia que fundamenta la necesidad de nuevas relaciones, reestructuración familiar, social, laboral; y el afrontamiento de las decisiones más profundas con la misma vida y con otros. Donde la identidad es la percepción subjetiva, designada a menudo como autoimagen (Figura III.8).²¹

Figura III.8. Integridad en la vejez.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de Laforest, J., sobre integridad, crisis y transición en la vejez.



En la vejez existen pérdidas paulatinas y abruptas dentro de las cuales se encuentran: las *Físicas*, debido principalmente a patologías que ocasionan dependencia e incapacidad; *Económicas* por salarios inmóviles por jubilación o pensión. De *Identidad* por despersonalización, cambio de rol y pérdida de grupos de apoyo; de *Autonomía*, debido a dependencia de los familiares y minusvalía por el cambio de rol y complicaciones patológicas, y las *Sociales* por modificación de los grupos de pertenencia y disminución de sus miembros.

En relación a la Identidad y experiencias de relación, la autoimagen se divide en dos aspectos; primero en la percepción de su eficacia en cuanto se puede realizar y en segundo la percepción de su valor como persona, determinado por los acontecimientos vividos con la familia y los grupos sociales.

En el devenir personal, es considerada como la solución positiva a la crisis de la vejez y parte de la idea de la autosuperación, autoreconocimiento y reingeniería de la vida, a

partir de una nueva percepción y adaptación de la edad cronológica. Completándose con la autoimagen en el sentido de *“Tú eres amado, tú existes, tú eres importante”*, parte del reto de la nueva etapa de vida es el que se envejezca digna, sabia y activamente, esto significa *Ser más en lo interior y subjetivo*, no hacer más, dando con ello un sentido completo a la nueva etapa de la vida.²⁰

Cuando los cambios no son aceptados o causan disminución de la autoestima ante sí mismos y ante otros, adaptándose a nuevos roles y percepción sobre la propia vejez con actitudes y comportamientos en la integración de una identidad y acomodo, acordes a la nueva etapa estableciendo nuevas redes sociales y reafirmando las anteriores (Figura III.9).²²

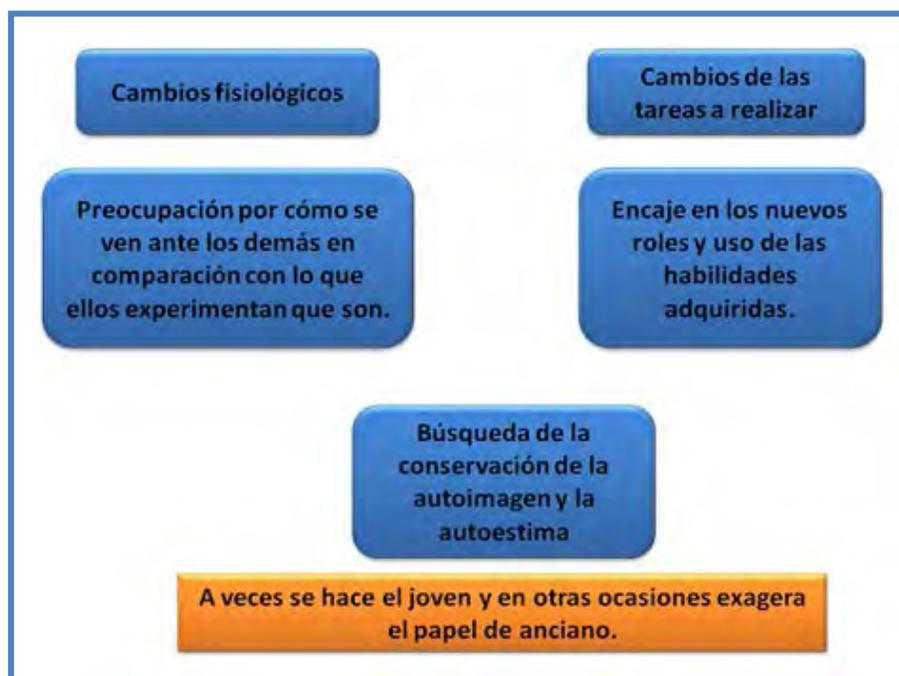


Figura III.9. Adolescencia de la vejez.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la información de Laforest

El envejecimiento se manifiesta en todos los órganos y sistemas del cuerpo; en este sentido, sólo se abordan los órganos de los sentidos que, por su importancia, son de impacto en la vida de los adultos mayores en la percepción del entorno y su realidad. Durante la vejez los cambios internos son invisibles, hasta que las manifestaciones del desequilibrio biológico se presentan o son más evidentes. Depende de factores endógenos y exógenos *“... lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, psicológico o social”*.¹⁹

Por el Tipo de envejecimiento se puede dividir en normal y patológico. El normal se divide a su vez en activo, integrado, autónomo e independiente y el patológico en: pasivo, marginado, subyugado y dependiente. Recordemos que la vejez no equivale a deterioro, daño o enfermedad, es importante diferenciar vejez sana y vejez con patología.²²

Los modos de envejecer son distintos, ya que dependen de la calidad de los intercambios que el organismo tenga con su ambiente y de las estructuras bióticas y abióticas. Por lo que el proceso de envejecimiento difiere de un país a otro, e incluso de una zona a otra en una misma región geográfica o de ambiente a ambiente. Por lo tanto, no todos envejecemos igual (Figura III.10).²³

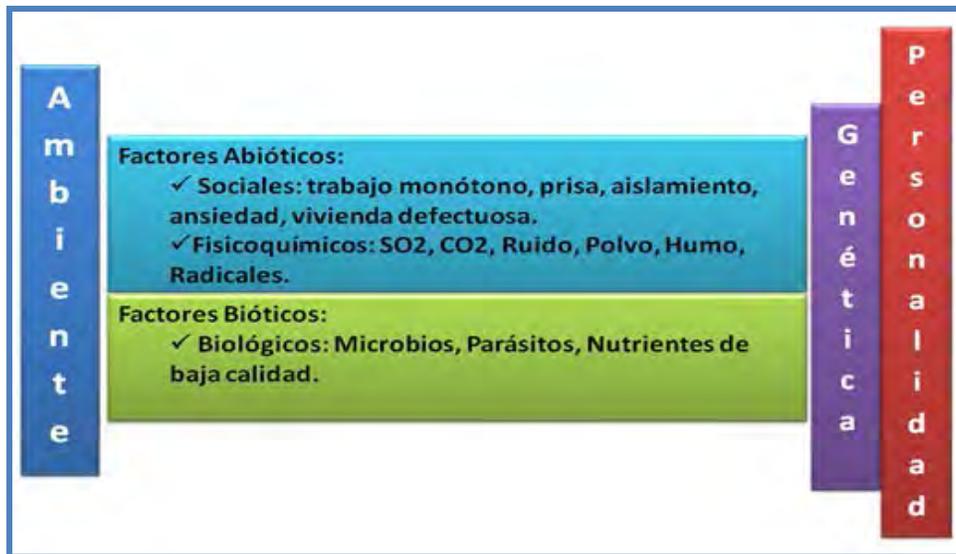


Figura III.10. Intercambio entre ambiente y factores bióticos y abióticos.
Fuente. Elaboración propia a partir de datos de Gerontología comunitaria.

Los cambios en los órganos y sistemas son consecuencia de las modificaciones en la composición corporal, característica del envejecimiento biológico. En esta período, se modifican las funciones cognitivas; específicamente en la recepción de la información captada a través de los sentidos. Dentro de la composición corporal, el agua tiene una función preponderante al ser un componente fundamental y cuyos cambios en volumen y calidad afectan el funcionamiento del organismo. Durante el envejecimiento se pierde hasta el 30% de las células de todo el organismo y el 50% del agua corporal, acompañado de un incremento de grasa corporal de hasta 30% provocando la pérdida progresiva de la función global de hasta 1% anual en promedio, a partir de los 30 años.²²

La 3ª década de la vida (madurez) se supone de máxima vitalidad (capacidad del individuo para hacer frente a los requerimientos biológicos del organismo), disminuyendo gradualmente hasta hacerlo vulnerable a los padecimientos crónicos y degenerativos. Así, en los ancianos los músculos disminuyen de tamaño y el funcionamiento de los órganos en general se reduce comparado con el de los adultos, la piel se torna seca y disminuye su

turgencia por la deshidratación y la producción de saliva es menor. Entre los 60 a 70 años en general se incrementa la grasa corporal, disminuyendo a partir de los 70 años; de ahí que después de los 80 años es más común observar ancianos con peso normal o bajo. En este período, también los cambios de los Sistemas digestivo, cardiovascular, respiratorio, nervioso, renal, genitourinario, músculo – esquelético, endócrino e inmunológico²¹ sufren cambios patentes.

Dentro de las hipótesis y teorías del envejecimiento están: las genéticas, hormonales, de estrés (síndrome de adaptación general), pérdida de la eficacia de respuesta a estímulos, pérdida de la memoria y a condiciones ambientales, del estrés oxidativo, ambientales, genómicas, etc. En esta etapa concurren cambios morfológicos y funcionales normales de los órganos y sistemas que caracterizan al envejecimiento fisiológico, denominado también envejecimiento normal o saludable.

Siendo el patológico o envejecimiento acelerado asociado con enfermedades crónicas y un estilo de vida pro-oxidante (tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, inactividad física, exposición a contaminantes, horas de sueño insuficientes), propiciando tratamientos largos y limitación en la funcionalidad física, mental y social (Figura III.11).²⁴

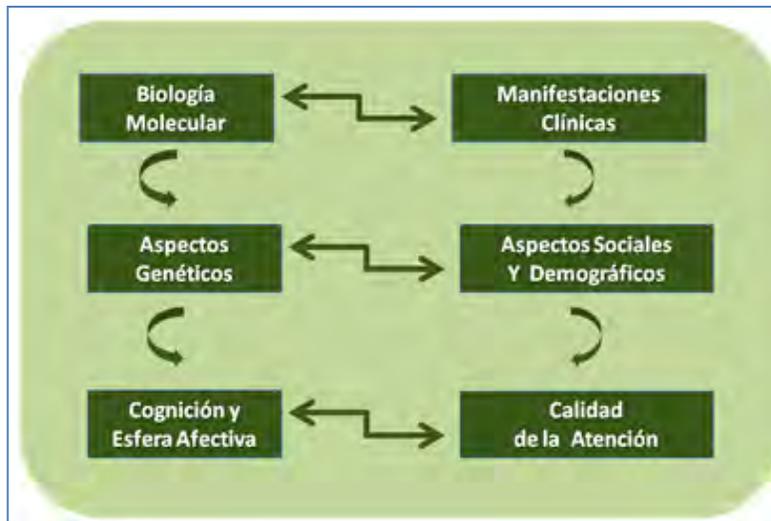


Figura III.11. El Envejecimiento Humano, un Fenómeno Multifactorial.

Fuente. Tomado del Resumen Ejecutivo. Red Temática. Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social²⁵.

La carga más importante dentro de las teorías del envejecimiento es la biológica y los cambios morfo – fisiológicos que los aparatos y sistemas tienen conforme avanza la edad, dando paso a lo visible o superficial (físico) y lo interno o no visible (cambios morfológicos) de las personas por la edad. Respecto a los cambios biológicos, los órganos de los sentidos denotan un aspecto importante para una persona, donde el Tacto – piel y tegumentos – se considera la parte más visible, pudiendo determinar la edad de las personas a simple vista.

Sin embargo, la Visión, Audición, Olfato y Gusto respecto a los cambios morfológicos de ojos, oídos, incluyendo el equilibrio, el gusto involucrando la fonación en relación con las estructuras de la boca (dientes y lengua), también se van modificando significativamente. Los que se explican por órganos y sentidos en el Cuadro III. 2.

Cuadro III. 2. Cambios fisiológicos y morfológicos. Órganos de los sentidos.

Órgano/ Sentido	Cambio	Efecto	Relaciones/ Anexos	
<p>Piel.</p> <p>Tacto.</p>	<p>↓ Unión dermoepidérmica</p> <p>↓ Colágeno y elastina.</p> <p>↓ Recambio celular epidérmico</p> <p>↓ Respuesta vascular.</p> <p>↓ Grasa subcutánea.</p> <p>↓ Células de Langerhans</p> <p>Atrofia glandular.</p>	<p>Menos resistencia a presión.</p> <p>Aumento de arrugas</p> <p>Mala cicatrización</p> <p>↓ Vasodilatación y absorción</p> <p>↓ Termorregulación y más úlceras.</p> <p>Hipersensibilidad retardada</p> <p>↓ Sudoración y termorregulación.</p>	<p>Aparición de canas por pérdida de melanocitos, Pérdida de folículos pilosos que hace al pelo más delgado, Cambios en la distribución del vello y Disminución en el crecimiento de las uñas que las hace mas quebradizas.</p>	<p>Tacto, el cuerpo percibe el contacto con las distintas sustancias, objetos, etc. del medio exterior.</p> <p>En el trayecto de la piel existen terminaciones nerviosas especializadas llamados receptores del tacto, los cuales se van perdiendo al llegar al envejecimiento, así como reducción en la agudeza del sentido del tacto fino²⁶.</p>

Órgano/ Sentido	Cambio	Efecto	Relaciones/ Anexos	
Visión Ojos	Aplanamiento corneal	Aumento de refracción	Arco senil, Xantomas, Inyección conjuntival leve (ojo seco), Ptosis, ectropión y entropión leves y la Esclera ligeramente amarilla.	<p>Pestañas: Disminución en cantidad y longitud (propicia la irritación de la conjuntiva ocular). Lo cual favorece la presencia de conjuntivitis infecciosa y condiciona la exoftalmia.</p> <p>Párpado: Pérdida de elasticidad del musculo orbital, provoca disminución de la movilidad ocular y Degeneración del músculo elevador y pérdida de grasa orbital, dando un exoftalmos o hundimiento de los ojos de la órbita.</p> <p>Esclerótica: Placas hialinas, Córnea pueden producirse depósitos lipídicos (disminución celular del endotelio corneal (a partir de los 40 años)) provocando rigidez corneal y astigmatismo.</p> <p>Pupila: empequeñece debido a la lasitud del músculo del iris (provocando lentitud en la adaptación a la obscuridad). Reflejo disminuido.</p> <p>Cristalino: Pierde elasticidad desde temprana edad, lo que dificulta el enfoque a pequeñas distancias (40 años).</p> <p>Retina: Cambios capilares. Aumento en pigmentación de retina.</p>
	↑ Diámetro anteroposterior	Menor capacidad de enfocar		
	Opacidad de lentes.	Disminución de agudeza visual y a colores		
	↓ Tamaño de músculo ciliar	Acomodación lenta		
	Alteraciones retinianas	Alteraciones en visión nocturna.		
	Desprendimientos vítreos	“Basuras o moscas”		
	Disminución de la pupila y menor reacción a la luz.	Dilatación pupilar lenta e incompleta		
Cámara anterior estrecha. Malla trabecular más oscura.	Pérdida de la capacidad de acomodación			
Anillo de Schwalbe desbordado en el ángulo inferior. ²⁷	Incremento de sensibilidad a deslumbramientos			
	Disminución de la agudeza visual ²⁸			

Fuente: Elaboración propia con información de la bibliografía.

Órgano/ Sentido	Cambio	Efecto	Relaciones/Anexos	
<p>Audición</p> <p>Oído ²⁹</p>	<p>Cambios degenerativos de los huesecillos del oído medio.</p> <p>Atrofia del meato auditivo externo</p> <p>Atrofia de las células vellosas cocleares</p>	<p>Obstrucción de la trompa de Eustaquio.</p> <p>Pérdida de las neuronas auditivas</p> <p>Menor percepción de frecuencias altas y discriminación de tonos (presbiacusia)</p> <p>Incremento del nivel de audición confortable aumenta de manera uniforme; a partir de 65 años con incremento medio anual de 0,56 dB por año (2,8 dB c/5 años)³⁰.</p>	<p>Aumento del tamaño de las orejas por crecimiento del cartílago, engrosamiento de la membrana timpánica, pérdida de elasticidad de la membrana timpánica, proliferación de pelo en el conducto auditivo y acumulo de cerumen.</p>	<p>Las alteraciones del aparato vestibular propician deterioro en el control postural reflejo, problema para mantener el equilibrio al chocar con algún objeto cercano.</p> <p>El oído interno utiliza dos tipos de diminutos pelos que notan, respectivamente, el sonido y el movimiento corporal.</p> <p>Tales pelos son microscópicos, y muy distintos del cabello que crece en la cabeza. Además, se diferencian en un aspecto obvio: ambos crecen formando “mechones”, pero los que sirven para controlar el equilibrio poseen un único y largo cilio que se extiende fuera de ellos.</p> <p>Una vez activados los genes Wnt^{31- 32}, se verán estos cilios creciendo en lugares que normalmente estaban reservados para los pelos auditivos no ciliados.</p>

Órgano/ Sentido	Olfato	Gusto	Fonación	Estructura común: Cerebro
Olfato, Gusto y Fonación	<p>Estructura: Bulbo olfatorio. Disminución de células olfatorias.</p> <p>Aumento de la percepción de los olores.</p>	<p>Estructura: apilas gustativas.</p> <p>Disminución de papilas gustativas en número y tamaño.</p> <p>Disminución en el reflejo de la tos y de la deglución.</p>	<p>Función que permite articular palabras y emitir sonidos con y sin significado social.</p> <p>Estructuras: lengua, dientes, paladar, faringe, laringe y cuerdas vocales</p> <p>Disminución en la elasticidad de los músculos y cartílagos laríngeos.</p>	<p>mayor relación anatómica existe relación estrecha entre estos en lo que a olores y sabores se refiere.</p> <p>Al mezclarse no se aprecian ni los sabores ni olores de los alimentos modificando la apreciación de la comida y rechazando la dieta</p>
Regulación térmica³³.	<p>Termorregulación:</p> <p>↓ La producción de calor. ↓ Masa corporal magra.</p> <p>↓ Actividad corporal.</p>	Hipotermia	<p>Reacción de escalofrío poco eficiente.</p> <p>↓ De termogénesis inducida por glucosa.</p>	<p>Respuesta vasomotora atenuada y</p> <p>Percepción</p> <p>↓ De los cambios de temperatura.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de la bibliografía.

El restablecimiento celular es un proceso constante donde el organismo, de manera autónoma e independiente, lo realiza a través del control de factores mediadores moleculares y precipitantes de disfunción que producirán posteriormente signos y síntomas de enfermedad.

Al envejecer, los mecanismos de adaptación al medio externo e interno se van perdiendo y, con ello, la pérdida de la estructura molecular y el desequilibrio de la consonancia bioquímica como desorden entrópico, manifestado en alteraciones celulares.³⁴

Dentro de la *Perspectiva Psicológica*, en el desarrollo humano se siguen produciendo transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural. Pero, en esa operación del cambio a lo largo de la vida (evolución=desarrollo vs involución=deterioro) o (pérdidas vs ganancias) existen factores psicológicos que experimentan ganancias y otros que experimentan pérdidas (Figura III.12).³⁵

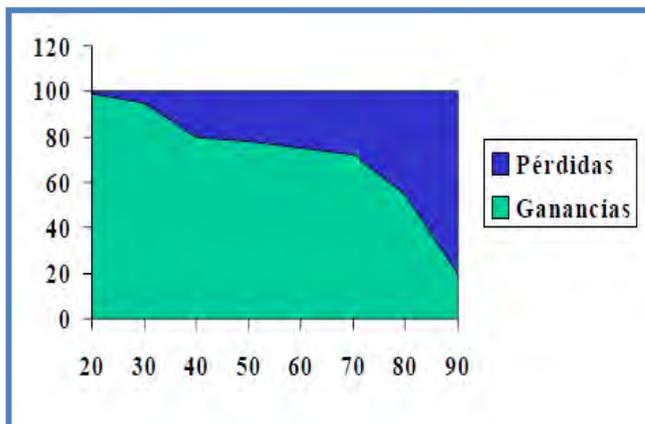


Figura III. 12. Estimación de ganancias y pérdidas en características psicológicas a lo largo de la vida (Heckhausen, J. y Schutz, R., 1993).

Fuente: Tomado de Fernández-Ballesteros.

La idea más común es que el comienzo de la vejez se establece por la jubilación que conlleva pérdida, declive y deterioro en todos los aspectos del individuo que se separa de la actividad económicamente productiva. La psicología ha asumido un modelo biomédico por el que se sabe que a lo largo de la vida, pasando un periodo de crecimiento, todos los

sistemas biológicos pierden eficiencia. Este comportamiento de los sistemas biofísicos se llama envejecimiento y se expresa como una involución que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo.

Considerando que los individuos llegan a la vejez con distintos bagajes y experiencias, a expensas no sólo del estado de su organismo en el sentido biológico, sino de la historia de aprendizaje y circunstancias a través de lo que han vivido.

Una de las características más notables del proceso de envejecimiento es la enorme variabilidad de patrones de cambio y versatilidad entre los distintos procesos, funciones psicológicas y comportamientos divergentes existentes en los individuos dentro de las poblaciones. Esto es, en la medida en que se incrementa la edad, aumentan las diferencias existentes entre los individuos envejecientes debido a la diversidad de circunstancias, contextos históricos y calidad de vida.

Las funciones cognitivas del ser humano pueden ser entendidas como un proceso activo de información a través de los sentidos; la información es captada, almacenada, analizada y elaborada finalmente para que el ser humano responda a esa información en un lapso de tiempo. Es cómo el individuo atiende y percibe la información para procesarla y retenerla realmente, cualquier comportamiento humano depende tanto de los estímulos y circunstancias externas, como de las funciones psicológicas aprendidas a lo largo del proceso de aprendizaje.

La recepción de información depende de los sentidos y el procesamiento en las estructuras cerebrales que tienen como soporte a Sistema Nervioso Central, por lo que durante el envejecimiento hay enlentecimiento y menor eficiencia cognitiva. Se considera como estereotipo el que el adulto mayor tarda más en responder a la información que recibe, en comparación con el joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren mucha más atención.

Sin embargo, conviene resaltar que los cambios o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprana edad y el procesamiento de información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información. De los distintos tipos de aprendizaje, las personas mayores (en comparación con las jóvenes) tienen una amplia capacidad desarrollada denominada experiencia. Sin embargo, un alto porcentaje de ellos afirma tener dificultad en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer como si han apagado el gas, cerrado la puerta con llave y otros muchos eventos de la vida cotidiana.

Cabe señalar que existen recursos para mejorar los sistemas de memoria que han declinado. Los recursos que contribuyen para mejorar la memoria durante la vejez son:

- 1) Estar muy motivado;
- 2) Jugar a recordar en forma deliberada: ¡recordar por recordar!;
- 3) Prestar mucha atención;
- 4) Repetir, repetir y repetir;
- 5) Dedicar mucho tiempo al aprendizaje y la memoria;
- 6) Organizar mentalmente la información a recordar;
- 7) Buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos;
- 8) Crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar, y finalmente,
- 9) Utilizar ayudas externas como agendas, libretas, letreros, etc.

Las funciones cognitivas o intelectuales se expresan en un producto o estructura psicológica denominada Inteligencia; entendida como la capacidad de adaptación al medio o el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes.

Por supuesto, la inteligencia es el producto interactivo entre factores biológicos y ambientales.

Existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y existen otras que se mantienen a lo largo de la vida, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez (Figura III.13).³⁶



Figura III.13. Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo con el envejecimiento.

Fuente. Elaboración propia con información de Park y Schwarz. En un estudio sobre el deterioro de las funciones cognitivas se concluyó que: *la pendiente del gradiente del declive por la edad no varía en función de la educación, ocupación, clase social o ingresos. El deterioro sugiere una base biológica en vez de social, donde las medidas sensoriales aportan un índice de integridad neuronal que media en el funcionamiento cognitivo.*

En lo concerniente a las Funciones Afektivas, el ser humano es muy emotivo en el que la razón e inteligencia se entremezclan con el sentimiento y la pasión; a la hora de manifestar un comportamiento de forma inteligente donde los sentimientos y las emociones, conforman la afectividad como ámbito importante de lo psicológico. La vejez trae una serie de situaciones conflictivas como son la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos del hogar familiar, polipatologías, discapacidad, dependencia y proximidad a la muerte; todo ello unido a otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente.

Es lógico presuponer que estos eventos producirán, en los individuos que los sufren, reacciones afectivas negativas como soledad, malestar, sufrimiento, y en resumen, depresión; concluyendo que las personas adultas mayores tienen que experimentar una afectividad displacentera.

Existen estudios comparativos de diversos diseños en los que se encuentran tres hallazgos similares que son:

1. Cuando se es mayor, se experimentan emociones con la misma intensidad que cuando se es joven y los mayores sienten emociones positivas con igual frecuencia que la gente joven.
2. Existe una fuerte evidencia de que la experiencia emocional negativa se da en mucha menor frecuencia a partir de los 60 años; así a esa edad existe más expresión de “felicidad”, “gratitud”, “contento” que de “frustración”, “tristeza” o “rabia”.
3. La conclusión de la mayor parte de autores que investigan el mundo afectivo de los mayores es que, en la vejez, existe mayor complejidad y riqueza emocional; en otras palabras, en la vejez se incrementa el manejo adecuado de los afectos y por tanto, existe mayor “madurez” afectiva.

Si en el mundo cognitivo ocurren cambios negativos debidos a la edad, en el afectivo parecen ocurrir cambios positivos ligados a un declive de la emocionalidad negativa que algunos autores han conceptualizado como una mejor integración o elaboración emocional. El rol del afecto y la cognición van reestructurándose con la edad, permitiendo mayor cohesión entre los dos y mediando en una mayor regulación de la emoción en la vejez, llevando consigo la maximización de los aspectos positivos y minimización de los negativos, cuyo producto es una mayor satisfacción o bienestar.³⁶

Por el contrario, cuando la carga emotiva lleva a la despersonalización, el aumento de estereotipos, exacerbación de los prejuicios y autoimagen devaluada se presenta la discriminación auto infringida, tanto de los individuos como del entorno y la familia. Esta discriminación se denomina “Viejismo”, siendo entre las discriminaciones, la más contundente hacia un individuo por la edad.

III.2. Representaciones sociales.

Como representación, es Durkheim el que aplica por vez primera el término “representación colectiva” y trata de constituirla en objeto de estudio autónomo y no solo a la representación de los individuos que componen la sociedad, sino al conjunto social como ente. De esta manera, señala la especificidad del pensamiento colectivo con relación al pensamiento individual, de tal forma que este último debe considerarse como un fenómeno puramente psíquico, no reductible de la actividad de donde emana. Aclara que “la actividad está caracterizada por la acción, la sensibilidad, la pasividad y la inteligencia por la representación”, definiendo ésta última como la facultad de conocer y como acto propio que es la idea, donde su característica es ser representativa de la colectividad.

Reconoce tres clases de representaciones mentales: las sensaciones, las imágenes y los conceptos; mientras las dos primeras tienen un diferente nivel de complejidad para su análisis, en el caso de los conceptos, su origen es colectivo. Todos ellos tienen características que implican una relación *mente – objeto* sea éste interno o externo, como elementos representativos y atributo de los estados mentales. De ahí que reconozca que las representaciones colectivas son estados constitutivos de la conciencia colectiva, modificándose conforme se transforma y avanza la división del trabajo indeterminado en las representaciones colectivas.

Los conceptos son formas fijas de pensar, representaciones que no cambian, su inmovilidad deriva de su articulación lingüística, pues cada palabra traduce un concepto que tiene la característica de ser potencialmente universal, compartido o no pero al menos comunicable, lo que depende de otro rasgo del lenguaje. Son impersonales, abstractos, no remiten a experiencias personales sino a contenidos que les rebasan, por lo que no se puede decir “mi concepto”, pero sí “mi sensación”. Es función del concepto expresar realidades.

Toma la naturaleza de la realidad social siendo *“de orden psíquico y el objeto esencial de la sociología el investigar cómo se forman y combinan las representaciones colectivas”*, residiendo en esto el objeto propio y distintivo de su estudio. Cuando las conciencias individuales se asocian y combinan se da lugar a una realidad específica, como emergente, denominada sociedad con una conciencia o representación colectiva dando lugar a la *masa*. Donde ésta es el punto nodal del que surgen creaciones nuevas al unirse en un mismo lugar y surgir como experiencia de la muchedumbre, sosteniéndose a su vez en los individuos.

Durkheim enfatizó que las tasas demográficas y su evolución estable a través del tiempo demostraban la existencia de las totalidades extra-individuales llamadas *“corrientes suicidógenas”* que impulsaban a sus miembros en una dirección determinada. Conforman la idea del alma como entidad distinta a la del cuerpo, no es más que una individualización de las fuerzas colectivas creadas por los grupos humanos expresados a través de símbolos religiosos. Agrega que existe un carácter coercitivo en dos modalidades: la coerción moral y la coerción lógica.

La moral se manifiesta por sus preceptos, las reglas del derecho y las creencias religiosas como fenómenos sociales impuestos al individuo en sus formas de actuar; mientras que la coerción lógica se refiere a los conceptos que son expresiones de lo real como maneras de pensar obligatorias. Ambos tipos sustentados por la autoridad de la conciencia colectiva que adquiere prestigio por su participación en lo sagrado, teniendo como rasgo la deseabilidad íntima e interpretando a las representaciones colectivas como un cuerpo de ideales como base de valor reconocido por la sociedad. Por lo que confirma que *“los principales fenómenos sociales, religión, moral, derecho, economía, estética, no son otra cosa que sistemas de valores y, por lo tanto, ideales”*.³⁷

Los ideales son aspiraciones colectivas y su función es modificar las realidades a las que ellos mismos se refieren; no son inmutables, ni impersonales, aunque pueden ser universales. Éstos son definidos y simbolizados por las cosas comprendiéndolos como

elementos que ordenan y dan sentido a la realidad moral, no sólo como realidad coercitiva, sino deseable.

Al tomar forma y materializarse, las maneras de ser y pensar colectivas se convierten en corrientes de opinión, y de la costumbre a reglas morales, códigos jurídicos, instituciones políticas, vías de comunicación, estilos arquitectónicos, formas de vivienda, etc. Todo esto como cristalización de modos de sentir y pensar colectivos, como representaciones colectivas materializadas. Descubriendo que la objetivación de las representaciones colectivas ocurre a través de un proceso vasto de simbolización y un sistema de símbolos que no podrían ser posibles a no ser por intermediarios materiales.

Los intermediarios estructuran los sentimientos colectivos al encarnarse en objetos, personas o fórmulas verbales determinadas, articulando con ellos la esfera de lo sagrado, sintiéndose los individuos como parte de una misma sociedad. Considerando que es por medio de los símbolos que la sociedad toma conciencia de su propia existencia, y puede perpetuar tal conciencia a lo largo del tiempo. Precisa que la vida social como conjunto de representaciones “en todos los aspectos y todos los momentos de la historia, sólo es posible gracias a un amplio simbolismo” donde el ritual forma parte de la revitalización emocional de la sociedad y regenerar el orden de ideas y sentimientos asociados al “culto” como dependencia simbiótica.

Los tipos de representaciones colectivas comprenden: creencias religiosas, lenguas, mitos, leyendas populares, creencias morales, etc., como conjunto de manifestaciones espirituales señaladas como hechos sociales. Así mismo describe dos dominios, el pensamiento lógico y el razonamiento moral que derivan de la misma fuente, la colectiva, de donde se desprende también la ciencia, la religión y la moral.³⁷

Moscovici, con base en los hallazgos de Durkheim, realizó investigaciones referentes a las relaciones de los grupos y los individuos, formando una nueva teoría sobre las representaciones de las sociedades y la manera en que se establecen relaciones

individuales y grupales de pertenencia. Toma en cuenta el estudio del sentido común en la interacción humana y la intencionalidad de sus acciones, para que haya una atribución de intenciones y postula: *a) que el sujeto obra a conciencia de los efectos de su acción, b) que tiene la capacidad necesaria para realizar esta última*. Estos postulados son necesarios para que el acto y el efecto que de él se desprenden aparezcan como procedentes del actor y no debidos al azar.

En cuanto a esto, implica conocimiento de los efectos de la acción y la capacidad de realización de la misma, ésta se clasifica y efectúa conforme la escala de juicios individuales que recaen sobre las características del actor, denominándose *libertad de elección del actor*. Esta elección se realiza a través de tres operaciones: 1) descubrir los efectos de una acción; 2) comparación mental de la acción posible pero no realizada (rechazada) por el actor, determinando efectos comunes y específicos; y 3) atribuir (correspondencia de acción...) intención y disposición sobre la base de los efectos específicos de la acción elegida y de la acción rechazada.

Dentro de las acciones, se puede decir que existe también Disposición personal y Deseabilidad social. Es calificada por el observador de la acción del actor, juzgando la deseabilidad de un efecto en función de criterios que le son propios y los admite simultáneamente como probablemente comunes al observador y al actor, y por lo tanto culturalmente determinados y socialmente compartidos. Un efecto común a un gran número de acciones es generalmente deseado – por corresponder a la *norma social* – mientras que será poco informativo; en cambio, el efecto específico de un acto generalmente poco deseado – que *se desvía* en cuanto a la norma social – revelará con certeza una característica personal y estable de la persona. *La atribución de características individuales se identifica por consiguiente con la atribución de características desviantes*, no habiendo relación frente a otros tipos de comportamientos.

Existe correlación entre los efectos y la motivación de un acto, residiendo en el entendido de que el sujeto es libre de elegir entre varias alternativas para orientar su

comportamiento, el que según el observador será apropiado o no hacia las acciones del actor. Así, la calificación es por el observador en relación, específicamente, hacia las acciones elegidas conforme al juicio del actor, pero no así en sentido hacia el observador o su emotividad hacia el actor, pero sí en relación a su juicio que puede ser igual al del actor. Por lo que pueden ser aceptadas las acciones por el o los observadores, como parte de la dinámica individual enmarcada dentro de la *norma social*.

Otro aspecto investigado en relación a las acciones es la actitud y sus cambios, conforme el desarrollo y manejo de roles de los individuos dentro del ámbito individual y social, encontrando la interacción interior y exterior del sujeto ante el medio que lo rodea. Dando lugar a la psicología social basada en las representaciones y no solamente en los símbolos e imágenes que posee el sujeto como ente social.³⁸

Moscovici define a las representaciones sociales como *“un sistema de valores, ideas y prácticas con una función doble: en primer lugar, establecer un orden que posibilita a los individuos a orientarse a sí mismos y a controlar el mundo social en el que viven y, en segundo lugar, facilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proveyéndoles de un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”*. También define a la representación como *“un universo de opiniones”*, completándola con *“creencias”* entendiendo a estas como: *“la organización duradera de percepciones y de conocimientos relativos a un cierto aspecto del mundo del individuo”*.³⁹

El término representación social designa un proceso y un contenido, siendo aprehendidos con ayuda de material verbal constituido, por lo regular, de las respuestas de un cuestionario unificado por el razonamiento dicho durante las conversaciones. *La representación es mediatizada por el lenguaje*, donde el análisis de una representación social toma en cuenta los problemas teóricos concernientes entre las representaciones y el lenguaje. La aprehensión de un objeto social es inseparable de la formación de un

lenguaje que le concierne, debido al concepto concreto que lo define. En la teoría de Moscovici ***no existe representación que no sea de un objeto y de un sujeto.***

Al señalar tres condiciones de comprensión de las representaciones, dos de ellas se refieren a la accesibilidad misma del objeto, a su significación para el sujeto, individual o colectivo que se expresa con respecto a él. Siempre hay dispersión de la información y desfase entre la efectivamente presente y la que sería necesaria para constituir el fundamento sólido del conocimiento. Se debe tener en cuenta también la presión a la consecuencia que existe en todo grupo social: *“las circunstancias y las relaciones sociales exigen que el individuo o el grupo social sean capaces, en cada instante, de actuar, de proporcionar una estimación o de comunicar. Las informaciones deben de llegar a ser sin dilación, fundamento de conducta e instrumento de orientación.*

La existencia de esta presión, la preparación constante para responder a las incitaciones del medio, del grupo, aceleran el proceso de transición de la comprobación a la inferencia”. El juego de las tres condiciones determina, necesariamente, la naturaleza de la organización cognoscitiva que es una representación social: esencialmente su estilo y cualidades formales. Más ampliamente aún, se piensa que dichas condiciones son *el reflejo de la situación social en la cual se forma la representación*, su grado de estructuración y hasta su existencia.

Las representaciones son analizables desde las esferas de pertenencia de las representaciones sociales, se entrelazan en la *subjetividad, e intersubjetividad* donde se muestra que el individuo no está aislado y que el pensamiento le pertenece, y en la de *trans-subjetividad*, en esta última es donde se lleva a cabo el contexto de las interacciones y al que pertenece el espacio social y público (Figura III.14).³⁹



Figura III. 14. Las esferas de pertenencia de las representaciones sociales.

Fuente: Tomado de Rodríguez y Cols.

En la esfera de lo *subjetivo*, su representación es expresiva, significativa; en la *intersubjetiva*, su representación es el medio de comprensión y herramienta de interpretación, y de la *trans-subjetiva*, la representación es el aparato cultural, normas sociales, valores y presiones ligadas a las relaciones sociales permitiendo construir las herramientas y las interpretaciones.

Así, el campo de representación supone un mínimo de información que integra en un nuevo nivel imaginativo y que a cambio contribuye a organizar, éste varía de un sujeto o de un grupo a otro según criterios específicos determinados por ellos mismos. Tomando en consideración que no existe ser humano aislado y un pensamiento que no sea generado por una mente humana, después de ejercer el mecanismo del pensamiento, atravesando por el tamiz de la razón unida a la inteligencia y aplicada en la toma de decisiones.

La ideología impacta en el campo de la representación para la resolución de problemas sociales y acción política, mientras que los sujetos con opinión política, ya sea

de “derecha”, “izquierda” o “centro” se consideran dentro del mismo universo integrando una imagen coherente, por lo que los factores ideológicos son preponderantes en la estructuración del campo de la representación.

Las representaciones sociales “no serían solamente opiniones sobre imágenes de...”, sino más bien teorías de la “ciencia colectiva” destinadas a interpretar y construir lo real, lo que recibe se reelabora y evoluciona para convertirse en conocimiento, utilizado en la cotidianeidad. “A medida que el debate colectivo progresa, el relato se regulariza, las expresiones se precisan, la sociedad tiene nuevas visiones y las actitudes se ordenan en función de las mismas”. En ese sentido, hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o podría ser, además, reúne conceptos, vocabularios y experiencias provenientes de diversos orígenes, siendo su función específica contribuir a la formación de conductas y a la orientación de las comunicaciones sociales.³⁵

En general... “se caracterizan por constituirse en un campo intermedio entre lo psicológico y lo sociológico donde muestran entrelazamiento, los límites no son claros, hay superposiciones constantes que evidencian la relación entre conceptos sociológicos como psicológicos”. Son producto de procesos históricos y culturales cuando, a través del discurso social se vehiculizan, producen y transmiten, adquiriendo una forma semiológica particular, contienen en su construcción aspectos de orden inconsciente. Toda representación social se funda en un área conflictiva entre instancias subjetivas y sociales (conflicto cognitivo – afectivo). Cada sujeto reproduce estas representaciones sociales de forma particular (activo en su propia construcción) y sus contenidos pueden ser conscientes o inconscientes.³⁰

La teoría de las representaciones sociales estudia “la manera de cómo grupos sociales (o en una escala más amplia, sociedades o culturas) conceptualizan un objeto material o simbólico”, al mismo tiempo que analiza las diferencias manifiestas en esos sistemas de conceptualización dentro de un grupo o entre grupos sociales. Se refiere a pertenecer a un “sistema holístico, organizado, de ideas, creencias, imágenes, actitudes

que se elaboran en torno a un objeto social relevante dentro de un grupo social” por ello se habla en singular.⁴⁰

Moscovici divide su teoría de la Psicología Social en dos acepciones. La primera fórmula la definió como la Ciencia del Conflicto entre el Individuo y la Sociedad, donde el objeto de estudio es la ideología e incluye a la comunicación como fenómeno relacionado a la psicología social. Define a la ideología como el sistema de representaciones y actitudes de los individuos formando su realidad social, incluyendo los fenómenos como son: creencias, los estereotipos y los prejuicios sociales y raciales. Incluye también a la comunicación como fenómenos relacionados, así como medios empleados para transmitir información e influir en otros a través de medios lingüísticos o semánticos y no lingüísticos (Figura III.15).⁴¹

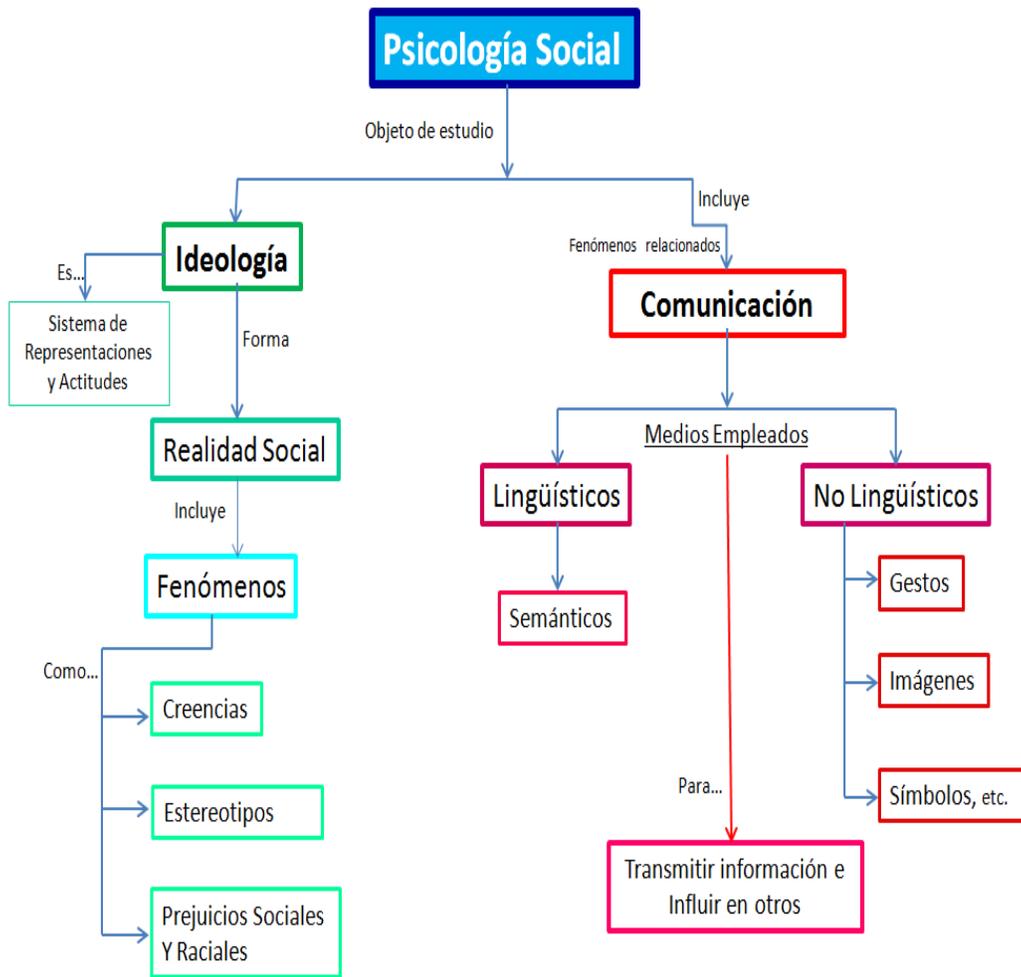


Figura III.15. Primera fórmula. Ciencia del conflicto entre el individuo y la sociedad.

Fuente. Elaboración propia con datos tomados de Álvarez⁴¹.

En su segunda fórmula, muestra a la Psicología Social como la *Ciencia de los fenómenos de la ideología y la comunicación*, donde la ideología la forman las cogniciones y las representaciones sociales. Y la comunicación constituida por todas las formas de intercambio de mensajes donde se encuentran los lingüísticos – semánticos – y los no lingüísticos que son: gestos, imágenes y símbolos (pueden interpretarse como comunicación individual), por una parte y por la otra incluyen a los fenómenos de masas

que son: la propaganda y la publicidad. La lectura que se hace de la psicología social es en la relación Sujeto – Objeto, explicando que es una interpretación reduccionista, ante lo cual propone una interpretación terciaria, es decir *Sujeto individual – Sujeto social – Objeto*. En este contexto, el argumento es que “existe en toda persona una sociedad compuesta por personajes imaginarios o reales de las personas que admira, familiares, amigos y enemigos con quienes lleva a cabo un diálogo interior, librándose desde tiempos inmemoriales la batalla de lo individual y lo colectivo” (Figura III.16).⁴⁰

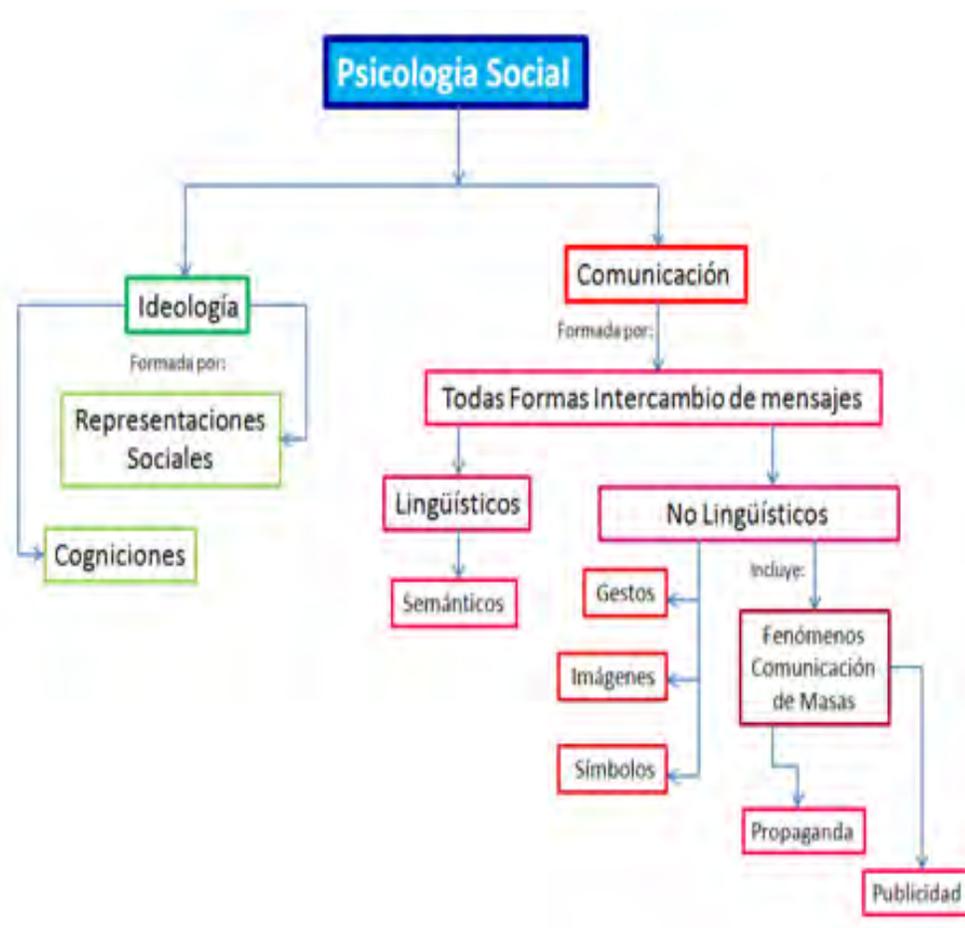


Figura III. 16 Segunda fórmula. Ciencia de los fenómenos de la ideología y la comunicación.

Fuente. Elaboración propia con datos tomados de Álvarez⁴¹.

Sin embargo, es posible hablar de las Representaciones Sociales en plural, para subrayar modos distintos de pensar respecto a los objetos sociales, así como las divergencias o controversias en los modos de interpretarlos entre los distintos grupos sociales.⁴²

Para Moscovici, la actitud es, en el caso de la representación social, la dimensión “genéticamente primera”. Si la fabricación de una representación social se opera simultáneamente en los planos cognoscitivo y valorativo, es porque prepara directamente la conducción para que el último pueda, en efecto, ser el “primero”. La *actitud*, expresa la orientación general, positiva o negativa frente al objeto de la representación y se manifiesta como una dimensión más “primitiva” que las otras dos, dado que puede existir en el caso de información reducida y de un campo de representación poco organizado.

Dentro de las representaciones sociales toma importancia la identidad y categorización social de los sujetos. La identidad social se relaciona con el conocimiento de su pertenencia a ciertos grupos sociales, con la significación emocional y valorativa que resulta de esta pertenencia. *Cada sociedad dispone de un repertorio de identidades que forman parte del “conocimiento objetivo” de sus miembros*; la sociedad no solamente define, sino que crea, la realidad psicológica donde el individuo se actualiza en ella y reconoce su identidad en términos definidos socialmente, y éstos devienen una realidad por el hecho de vivir en sociedad.

En toda sociedad compleja un individuo pertenece a una gran cantidad de grupos sociales y esta pertenencia es importante para él, mientras que la pertenencia a otros no lo será. Los factores que intervienen, entre otros, son la permanencia, los papeles que desempeñan como grupos de referencia, con la influencia que ejercen sus miembros sobre diversos aspectos de la vida del individuo, con la posibilidad o imposibilidad de pertenecer al grupo o abandonarlo. La categorización sirve para sistematizar y ordenar el entorno social y, particularmente, desempeña un papel en la orientación en cuanto a la

acción y actualización de valores; así mismo, es un sistema que crea y define el lugar *particular* de un individuo en la sociedad.

De la pertenencia de un individuo a un grupo se desprenden varias consecuencias que están en estrecha relación con el “reconocimiento de la identidad definida socialmente” y se pueden describir como: a) Un individuo tratará de conservar su pertenencia a un grupo y busca adherirse a otros, si estos últimos pueden reforzar los aspectos positivos de su identidad social, b) Si un grupo no cumple esas condiciones el individuo tenderá a dejarlo, salvo que el abandono del grupo sea imposible por razones objetivas y ese abandono tenga conflicto con valores importantes que contribuyen a crear una identidad social aceptable; c) Si el abandono del grupo presenta dificultades son posibles, por lo menos, dos soluciones: 1) reinterpretar de forma diferente las actitudes del grupo, de manera que los rasgos negativos puedan ser justificados o aceptables y 2) aceptar la situación por lo que es, pero actuar de manera que se modifique la situación en el sentido deseado; y d) Ningún grupo vive aisladamente.³⁷

En una sociedad los grupos viven entre grupos, donde los aspectos positivos de la identidad social en la pertenencia e identidad, la reinterpretación de los atributos y el empeño en el abandono no tienen significación, si no es en relación o en comparación con otros grupos.³⁷

La categorización social es natural y adaptativa; al agrupar a la gente, como lo hacemos con objetos, se puede ser capaz de formar impresiones rápidas y el uso de experiencias previas como parámetros para orientar las nuevas interacciones. Al existir múltiples entornos sociales se ahorra tiempo y esfuerzo al usar filiaciones grupales de los individuos, para hacer inferencias acerca de ellos. Esta categorización lleva a sobrestimar las diferencias entre los grupos y subestimar las que existen al interior de ellos; las necesidades y motivaciones inmediatas pueden afectar la manera en que se categoriza a los demás.

En la categorización social, las personas que perciben son miembros o no de las categorías que utilizan, los grupos con los que se identifican los individuos reciben el nombre de endogrupos; mientras que todos los demás se denominan exogrupos. El endogrupo es aquel respecto al cual el individuo experimenta sentido de pertenencia, filiación e identidad donde sus miembros se preocupan para conservar sus distinciones entre este y los exogrupos. El exogrupo es respecto al cual el individuo no experimenta sentimiento alguno, evitando el contacto con ellos como parte de la preservación y supervivencia, pudiendo implicar riesgos para la salud o seguridad, trabajando en otros grupos que puedan competir contra otros colectivos y posiblemente explotarlos.

Como consecuencia, existe el fenómeno conocido como *efecto de homogeneidad* del exogrupo, por el cual los sujetos asumen que hay mayor similitud entre los miembros de los exogrupos que entre los integrantes del propio grupo. Donde pueden existir sutiles diferencias entre “nosotros”, pero “ellos” son todos iguales, incluso comparten los mismos rasgos siendo menos atinados para distinguir y reconocer el rostro de miembros de exogrupos raciales.

Existen dos razones para percibir homogeneidad en los exogrupos. La primera es que muchas veces no se notan las sutiles diferencias, debido a que se tiene poco contacto personal con los miembros y mientras más familiarizada está la gente con el exogrupo, menos probable será que lo perciba como homogéneo. La segunda radica en que no hay una muestra representativa de los miembros del exogrupo, aún cuando un individuo ingrese a él, pero al paso del tiempo al familiarizarse con los integrantes, verá más diversidad entre ellos que en relación con cualquier exogrupo. La cultura hace distinciones entre endogrupos y exogrupos de manera diferente, los individualistas y las culturas colectivas, los factores motivacionales también influyen en las percepciones de los grupos, volviendo más propensas a ver al endogrupo como relativamente homogéneo.

La pertenencia al endogrupo se mantiene como parte de la identidad social con dos situaciones básicas: 1) la amenaza a la autoestima incrementa la necesidad de poner en práctica el favoritismo endogrupal y 2) las expresiones del favoritismo endogrupal contribuyen a mejorar la autoestima (Figura III.17).⁴³

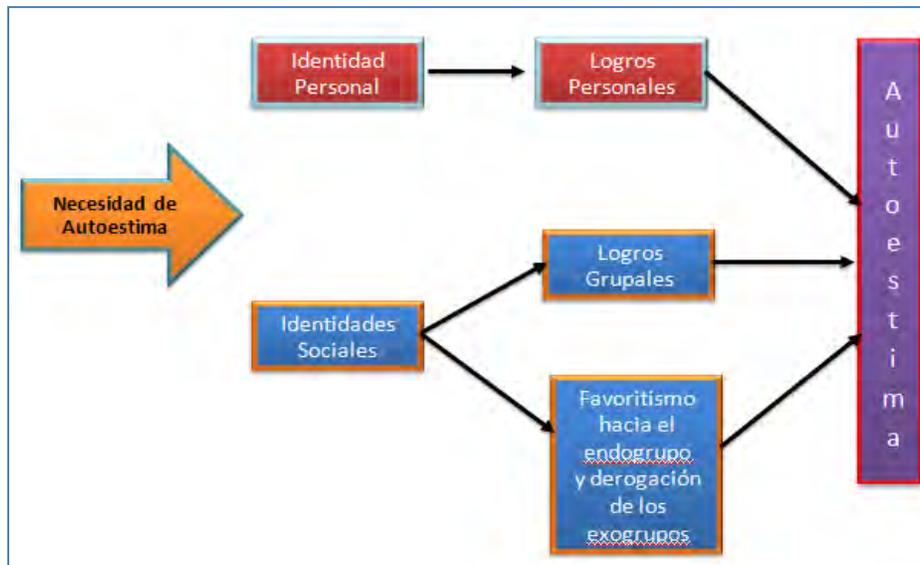


Figura III.17. Teoría de la Identidad Social. Las personas se esfuerzan por mejorar su autoestima con dos componentes: la identidad personal y las identidades sociales derivadas de los grupos a los que pertenecen. En consecuencia, la gente podría reforzar su autoestima creando una imagen más favorable de los endogrupos que de los exogrupos.
Fuente: Tomado de Kassin y cols⁴³.

En las representaciones sociales existen dos situaciones observadas por los individuos dentro de los grupos, el *comportamiento* y la *actitud* que, unidas a las de los integrantes del grupo, conforman la *identidad grupal*. Donde la función del comportamiento es “asegurar la adaptación a la realidad física y social dada y determinada para todos los individuos, actuando eficazmente y de acuerdo con el medio, percibiendo o juzgando la realidad con máxima exactitud, revalidando los juicios o percepciones de manera empírica”. En estas apreciaciones es donde intervienen los

procesos de influencia social en general y el proceso de conformidad en particular, contribuyendo a estructurar el juicio del individuo, haciendo que su comportamiento y el de otros individuos sea similar o previsible.

Siendo la actitud “un sentimiento o juicio favorable o desfavorable respecto a ciertas personas o grupos sociales”, estos sentimientos pueden ser hostiles, de desconfianza o como objetos de división. Tanto los sentimientos como los juicios son posiciones individuales que también son compartidas y generan situaciones ante el mismo grupo o al ajeno. Las actitudes nacen, desaparecen o se transforman y se adquieren por condicionamiento, aprendizaje social o tratamiento de la información de la opinión de otras personas. En algunos casos la actitud predice la conducta, existiendo correspondencia entre la especificidad (generalización) sobre la actitud y el nivel de observación (conducta).

La conducta hacia un objeto o persona es multideterminado por la actitud del individuo hacia la clase a la que pertenece el objeto o la persona por las características de su situación local. Correlacionando la actitud general y la conducta particular, en cuanto más específica sea la actitud hacia un objeto limitado, más precisa es la predicción de la conducta a presentar. La actitud es la parte subjetiva de la personalidad, marcando la individualidad y diferencia; aparece como producto y resumen de todas las experiencias directas o indirectas que el individuo ha tenido con el objeto o su símbolo. La misma actitud puede estar presente en otros individuos, existiendo semejanzas interindividuales respecto a un objeto determinado que no es producto del azar. Una comunidad de actitudes crea un lazo que puede convertirse en la base del grupo permanente; y la pertenencia a un grupo psicológico o social implica esa comunidad de actitudes hacia cierto número de objetos sociales.

Así, se constituye en elemento de formación y conservación de los lazos sociales, donde el individuo selecciona los objetos en función de su significado o importancia, respecto a solicitudes del medio social donde los objetos toman significado o importancia

individual específica. Se transforman en objeto de actitud del problema planteado por la sociedad respondiendo sus miembros de forma diferente, distribuida o bipolar. Dan lugar a la estructura ideológica del cuerpo social, conformada por el conjunto de actitudes de un individuo, de manera aislada al conjunto de las actitudes del grupo, la clase y la sociedad. La acentuación debe existir en los rasgos que presenten en relación con pertenecer a una categoría y no debería existir en los rasgos sin relación con esta pertenencia, entre rasgos pertinentes y rasgos no pertinentes. Cada actitud es percibida de forma diferente por los miembros del grupo, de ahí los contrastes sobre los juicios ejercidos en objetos o personas, y se denomina dinámica de los estereotipos.⁴⁴

III.2.1. Etiquetamiento.

El Etiquetamiento como corriente hace su aparición en la década de los 60's y surge de las necesidades y peculiaridades del sistema sociopolítico, la mediatización extendida de la economía y cultura de los Estados Unidos. Dada su posición de país líder y difusor de cultura a nivel mundial, se propaga al exterior, acentuándose en esa década la sensación de que había concluido un ciclo histórico y por consiguiente, la construcción del futuro de manera innovadora; donde, para lograrlo, se revisa y corrige desde sus raíces, ideologías, instituciones y estructuras organizativas tradicionales de esa sociedad. Este etiquetamiento, propiciado por la globalización y paralelamente a esta, comienza a resquebrajar los círculos intelectuales y académicos, cuestionando ásperamente las tesis, hipótesis y creencias imperantes hasta este momento, en lo político, social, cultural, científico, etc. Tal cuestionamiento en el orden académico –y más específicamente en el campo de la Criminología y la Sociología criminal – pone en tela de juicio todas las teorías y metodologías utilizadas por esas disciplinas.⁴⁵

Las etiquetas se reconocen como “la reacción social” atendiendo a alguna estigmatización y se basa en dos conceptos: La calificación de una conducta desviada hecha por la propia sociedad, cuando esta conducta se aparta de lo socialmente

establecido. Y la reacción social, proceso generado tras el etiquetado como estigmatización, que aumenta cuando el individuo es apartado de su contexto social y sometido a otro que va a influir en él. Tras ser etiquetado, el individuo ingresa en un grupo diferente y asume nuevos roles que le provocan cambios de distinta naturaleza, el nuevo entorno acentúa su estigmatización. Del cual se han reconocido 10 características, desde funcionales antisociales hasta de interiorización del rol del etiquetado, estas se manejan de forma cotidiana en el ámbito jurídico dentro de la criminología.^{46, 47}

Las líneas del etiquetamiento son dos: A) la Extrema, que afirma en forma absoluta que la criminalidad es provocada por el mismo sistema de control social formal (policía, fiscales, jueces, personal penitenciario), que se dice encargado de combatirla; esas instancias estigmatizan al supuesto desviado, sin que incida mayormente en el proceso de calificación negativa del presunto delincuente, la calidad o naturaleza del acto que esas autoridades intentan catalogar como desviado respecto a la normativa del derecho penal. Y B) la Moderada, sostiene que el control social formal es una parte del control social o reacción general de la misma comunidad frente al problema de la desviación social y la delincuencia, por lo tanto, participa simplemente del efecto estigmatizante del que ya consiente la sociedad.⁴⁶

En ello hay dos grandes órdenes de problemas, los sociopolíticos y los psicosociales; los primeros son enfocados respecto al contexto completo de las leyes y el derecho entrando en el campo de la Criminología, donde el análisis del control social oficial y penal encuentra y cuestiona su naturaleza, organización y funcionamiento. Y los psicosociales se implican dentro de la desviación social, formulando con interrogantes la situación del delincuente en sus esferas biológica, psicológica y social e involucra los factores y etapas del desarrollo de su personalidad. Esta corriente enseña que la efectiva prevención de la desviación social y la delincuencia pasa fundamentalmente por la movilización y organización de la comunidad, en representaciones de una democracia plenamente participativa, solidaria, laboriosa, creativa y exenta de discriminación e injusticia social.

Bajo ciertas observaciones, el etiquetamiento tiene una *Definición clara* de la organización de la comunidad respecto a normas y participación activa contra la delincuencia; *Evita la percepción selectiva* y el trato discriminatorio de los agentes de la justicia; el *Deseo de eliminar el efecto nocivo del etiquetamiento*, sustenta la jurisdicción de los tribunales de menores con aquellas conductas que no sean propiamente criminales, manejadas mediante programas con base en la comunidad; *Descarta la imagen negativa* o pobre de sí mismo que influye en el delincuente. Y por último, *Propicia la renovación de los estilos y métodos de enseñanza*, acomodándolos a las situaciones específicas de los alumnos. Y, por el otro, que los maestros se esfuercen por mantener una buena relación con el alumno y merecer su respeto, sobre todo en el caso de niños y jóvenes que tienden a ser más etiquetados como extraños e inadaptados.

Esta teoría manifiesta el hecho de que las escuelas son las principales instituciones que rotulan y estigmatizan a niños y jóvenes con motes como “infradotado”, “mal alumno” o “inadaptado”, lo que propicia estereotipos y prejuicios, vislumbrando la discriminación. Como tal, esta población y la indígena, además de ancianos y mujeres, son objeto de discriminación por los hombres y grupos distintos o entre ellos mismos, según la población o área geográfica que habitan asumiendo doble discriminación. En este contexto se perpetúan los estereotipos negativos y los prejuicios aceptados y generados del etiquetamiento como no doloso, hasta las situaciones peyorativas y de discriminación abierta y agresiva.⁴⁸

La teoría del etiquetado señala que cuando un individuo es percibido como viejo, sus conductas son interpretadas a través del estereotipo social de cómo se comporta una persona vieja, al mismo tiempo el propio sujeto en lo social termina por asumir esa imagen y se comportará en función de ella.⁴⁴

El etiquetamiento de los grupos humanos y las representaciones se manifiestan, dentro de los perfiles profesionales, como una diferencia en las funciones que realizan los elementos de las mismas y cumplen con su carácter de grupo social para beneficiar la

comunidad a quien va dirigida su función. Así, no solo el área jurídica etiqueta, las profesiones de la salud son las que históricamente han etiquetado en forma de diagnóstico, a las personas que acuden para atención de alguna afección física o emocional. Debido al modelo biomédico imperante dentro de la formación profesional en salud, los “diagnósticos” o etiquetas que estos profesionales implementan conllevan cargas físicas y emotivas a los individuos que atienden, estereotipando y prejuiciando a los que otorgan cuidado o para disminuir el impacto del diagnóstico emitido.

III.2.2. Estereotipos

Los estereotipos, como concepciones cognitivas, se desarrollan en el ideario personal, impactando en el grupo social, aceptándolo en distintos ámbitos como reales y de ideas fijas unidas a una categoría cargada de imágenes y juicios. Existen como marca inalterable de una categoría, generalizando con base en cierta probabilidad de que el objeto de la clase posea un atributo determinado; pero donde no todas las estimaciones son ficticias pudiendo verificarlas por estadística: la evaluación verificable de un grupo no es lo mismo que la selección, nitidez y chispa de ficción de un estereotipo. Como creencia exagerada, es asociada a una categoría donde su función es justificar la conducta en relación a ella, siendo la etiqueta lingüística la que designa importancia a la categoría. Por lo que la categoría, la organización cognitiva, la etiqueta lingüística y el estereotipo son aspectos del proceso mental complejo.

El estereotipo actúa como dispositivo y como justificación para la aceptación o el rechazo categórico de un grupo, y como elemento de detección o selectivo para mantener la simplicidad en la percepción y el pensamiento. Se distingue entre generalización válida y estereotipo sólo si se tienen datos consistentes sobre la probabilidad de las diferencias verdaderas de grupo.⁴⁹

El estereotipo se puede definir como la *“estructura cognitiva que contiene el conocimiento, las creencias y las expectativas del individuo que percibe respecto a un*

grupo humano” y como *“marcos cognitivos formados por conocimientos y creencias sobre grupos sociales específicos”*. Los estereotipos son generalizaciones aplicadas a todos los sujetos de un grupo social y conlleva evaluaciones excesivamente rápidas y posibilidades de inexactitud, errores e injusticias para con los sujetos etiquetados con el estereotipo. Los estereotipos ejercen un fuerte efecto sobre el procesamiento de la información social, como simplificación de la realidad identificando a la persona a partir de pocas características del grupo de pertenencia.

Los estereotipos llevan a las personas a prestar atención a determinados tipos de información y menospreciar cualquier otra información que contradiga al estereotipo. Cuando queda contradicho por los hechos, se recurre normalmente a censurar los hechos o distorsionarlos que a cambiar de estereotipo. Los estereotipos son inherentes al tipo de sociedad y de cultura del momento asumidos por sus miembros, incluyendo a los que soportan las etiquetas del estereotipo.⁵⁰

La imagen tiene una relación directa sobre la generación de las representaciones cognitivas, y dentro de ellas las sociales, que a su vez son imágenes de determinados grupos hacia otros o hacia sí mismos. Sin embargo, estas representaciones son la característica específica de los grupos humanos que las diferencian de otros; así, cada situación grupal es reconocida y duplicada en los sucesos dentro del seno del grupo, teniendo con esto la imagen social con una mirada grupal generada y aceptada como etiqueta. La razón de ser de las representaciones mentales son impresiones, reglas o principios sencillos que permiten hacer rápidamente apreciaciones sociales y con esfuerzo reducido con recursos cognitivos limitados, siendo precisos pero erróneos en muchas ocasiones.

Un estereotipo social existe cuando miembros de un grupo acentúan las diferencias entre los miembros del grupo o a los miembros de otro grupo, respecto a sus semejanzas. Los estereotipos derivan de una imagen mental y se refieren a la figura, representación, semejanza o apariencia de algo o alguien. En este sentido se semeja en la representación

visual de un objeto, el que puede ser a través de un dibujo, fotografía, pintura, diseño, estatua, efigies divinas o de santos utilizadas en otras disciplinas o culturas como símbolos.

Una clasificación pudiera ser, en primer lugar, como una imagen óptica, donde una figura está formada por el conjunto de puntos donde convergen los rayos de luz tras su interacción con el sistema óptico; segunda, una imagen real formada cuando los rayos de luz son convergentes y tercera, la imagen virtual que se forma cuando los rayos divergen después de pasar por el sistema óptico.⁵¹

Los estereotipos poseen tres criterios: el de Generalización asume que los miembros de un grupo tienen iguales rasgos; la Distintividad donde un rasgo está asociado más a un grupo que a otro y el de Diferenciación de las categorías, esto es entre dos miembros de grupos diferentes en relación a un rasgo. Los estereotipos cumplen ciertas funciones sociales, como son las creencias socializadas respecto del grupo que acompaña a algún sistema caracterizado por la separación de la gente en clases, posiciones o estatus; estas creencias son percibidas y explicadas como justificables por quienes las sostienen. Se considera también la existencia de un pseudoambiente que media entre las personas y la realidad influyendo su percepción, son preconcepciones que gobiernan la propia percepción las que “imponen un cierto *“carácter”* a los datos, antes que lleguen a la inteligencia”.

Los individuos toman conciencia del contenido de los estereotipos por la influencia cultural, como es la experiencia generacional y las imágenes transmitidas en los medios de comunicación. Debido a la alta concientización siempre que se interactúa con miembros de los grupos sujetos a los estereotipos más comunes, se tiende a activar estos automáticamente; incitando a pensar en conceptos relevantes hacia un grupo estereotipado. Sin embargo, el surgimiento de un estereotipo en particular se presenta de manera inconsciente y desconoce las repercusiones que tendrá, tanto en actitudes como en percepciones de las situaciones observadas.

Cada persona muestra mayor propensión al surgimiento de determinados estereotipos en la mente con más rapidez y facilidad que otros. La exposición y accesibilidad mental de un estereotipo en la persona son condiciones que varían de acuerdo a la época y la cultura, contribuyendo a determinar en qué circunstancia es posible o no evitar la estereotipia. A esto, se agregan factores que facilitan o dificultan la puesta en marcha de la estereotipia; es decir, sin que medie intención o conciencia, sin importar si se está de acuerdo o no con los estereotipos e independientemente del grado de exposición a las señales de un grupo social o de un integrante del mismo. (Cuadro III.3.).^{43, 99}

Cuadro III.3. Activación automática de estereotipia: factores importantes.

Factores que facilitan la activación automática	Factores que dificultan la activación automática
Factores motivacionales	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inferencias rápidas acerca de la(s) persona(s) como blanco un conveniente. ✓ Sentirse superior a otra persona 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo de la frustración. ✓ Automotivación para evitar estereotipos y prejuicios. ✓ Motivación a ser justo e igualitario como autoconcepto positivo.
Factores socioculturales	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estereotipo parental enseñado a los infantes como primera cultura. ✓ Normas y valores que aceptan el estereotipo ✓ Distinciones en cada cultura entre endogrupo – exogrupo. ✓ Fomentados por los medios de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integración con individuos de grupos estereotipados. ✓ Normas y valores opuestos al estereotipo encontrando la homogeneidad del exogrupo asumiendo similitudes. ✓ Características de grupos dinámicos y maleables.
Factores de personalidad	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etnocentrismo. ✓ Autoritarismo. ✓ Comulgar con estereotipos con alta tendencia al prejuicio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desacuerdo con los estereotipos, dando baja tendencia al prejuicio. ✓ Comunicación familiar abierta y favorable para sus miembros. ✓ Actitudes sin sesgo en relación a otros
Factores cognoscitivos	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estereotipo accesible; derivado de los estereotipos mentales previos. ✓ Sesgo del procesamiento de la información, volviendo probable sea confirmado. ✓ Multicausal, suficiente pero no necesaria para su manifestación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento e información personal y profesional acerca del individuo. ✓ Control consciente de los estereotipos. ✓ Observación de perspectivas respecto a los demás y visualización de ejemplos contra-estereotípicos ayudan a suprimir la activación automática.

Fuente: Elaboración propia con información de Kassin⁴³ y Worchel³⁹

Los estereotipos surgen conforme a un rol específico, como el género, donde “el hombre es el dominante y la mujer el individuo subordinado”, esta imagen persiste ya que los varones ocupan generalmente posiciones de mayor estatus en la sociedad. Esta división laboral es producto de muchos factores, lleva a ambos géneros a comportarse de maneras consistentes con sus roles sociales. Sin embargo, en lugar de atribuir las diferencias a esos roles, la gente las atribuye al género (Figura III.18).³⁸



Figura III.18. Teoría del rol social en los estereotipos de género
Fuente: Tomado de Kassin y cols.

Existen enfoques que permiten comprender las funciones de los estereotipos, como el Enfoque Individual o justificación del ego, donde los elementos sociales explican el fenómeno de estereotipación de sí mismo. El Enfoque Grupal o justificación grupal, permite explicar por qué los individuos generan estereotipos para justificar conductas de otros con quienes se identifican; el Enfoque de justificación del sistema, el individuo o

grupo explica su situación a pesar del sistema, y la mantiene aunque provoque daños psicológicos y materiales a determinados grupos o personas.⁵²

Los estereotipos de edad, son creencias acerca de las características de la gente mayor, mantenidas en general por todos los miembros de una cultura, normalmente son estereotipos negativos y a menudo incorrectos, que se aplican a todos los mayores de 60 años y refuerzan prácticas discriminatorias hacia ellos y hacia sí mismos.⁴²

Por lo regular los estereotipos acerca de las personas mayores son positivos y negativos, donde estos últimos son relacionados con el deterioro, pérdidas sensoriales, falta de memoria, debilidad, enfermedad, improductividad, dependencia, infantilismo, experiencias emocionales negativas y carga social supuesta para la familia o sociedad.

Los positivos se relacionan con la experiencia, sensatez o sabiduría así como el respeto, consejería, capacidad de gobierno y escucha de sus opiniones.

Los estereotipos de edad tienen tres perspectivas: la sociocultural como creencias acerca de las características de la gente mayor mantenidas por todos los miembros de una cultura; la psicodinámica considera a los estereotipos de la vejez como negativos, referidos a características de personalidad como autoritarismo, agresividad o determinismo, donde la perspectiva humanista se cuestiona sobre las personas que están dispuestas a utilizar estereotipos de edad.

Y la socio-cognitiva, intenta dar claves para entender la complejidad de la naturaleza de los estereotipos de edad, y descubrir el impacto que ejercen en la percepción individual e interacción interpersonal (Figura III.19).⁵¹

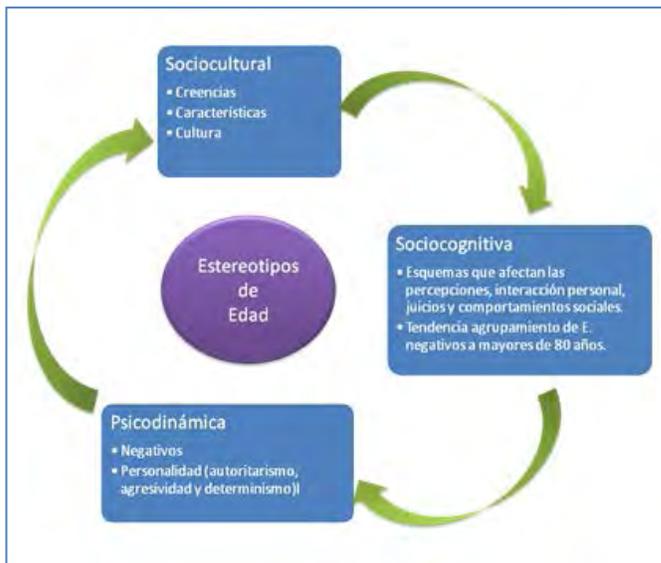


Figura III.19. Estereotipos de Edad.

Fuente. Elaboración propia con los datos tomados de Montañés R.

En este sentido, se plantea que los estereotipos de edad son esquemas de percepción de las personas que afectan las percepciones, juicios y comportamientos sociales. Esta perspectiva, considera que los estereotipos de edad negativos y positivos – aunque la mayoría negativos -, se activan de la interacción con los demás: verborrea, respuestas pasivas, conversaciones dolorosas y de problemas sociales. La forma de comunicación con los mayores puede cumplir un poderoso rol en el desarrollo de los estereotipos de edad.

En general, la sociedad utiliza ambigüedad con las personas mayores; por una parte acepta, respeta y venera a sus mayores y por otra los rechaza, olvida, oculta y estigmatiza, quedando etiquetados y fuera del resto de la sociedad. Las percepciones sociales estereotipadas sobre la vejez son erróneas más de las veces, distorsionadas y negadas, mantenidas de generación en generación con una gran resistencia al cambio. Respecto a la percepción social de que la memoria en la vejez sufre un declive progresivo, universal y uniforme a lo largo de los años, es la misma que tienen los mayores de su propia memoria.

A la vejez se le considera como etapa final, de decadencia y deterioro. Es una fase del desarrollo vital donde existen ganancias y pérdidas, además de caracterizarse por el buen ajuste a las formas sociales de pensamiento, por lo que es equivocado el estereotipo de que el viejo es una persona desadaptada y desvinculada de su entorno. Una consecuencia de esta estereotipación de la vejez es que los ancianos son el grupo de edad peor valorado en las sociedades.

Otra es la creencia pesimista que los adultos de todas las edades tienen culpa sobre los efectos del envejecimiento en todos sus procesos. Aunque predominan las connotaciones negativas, también es cierto que a las personas mayores se les percibe con características muy positivas como son: capacidad de aprendizaje, responsabilidad como virtud, posibilidad de tener amigos como en otras edades de la vida o la capacidad de resolver tareas eficazmente o desarrollar habilidades mentales como la sabiduría.⁴⁴

Algunos estudios demuestran que los estereotipos, prejuicios, discriminación y viejismo están presentes en la población de manera empírica, y el conocimiento del proceso de la vejez puede modificar la percepción de la vejez en los profesionales de la salud y en la población en general (Cuadro III. 4).

Cuadro III. 4. Estudios relativos a los estereotipos hacia la vejez

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Dulcey E, Ardila R. ⁵³ 1976	Colombia	200 ancianos y 200 jóvenes universitarios con promedio de 18 años. Nivel socio-económico diferente.	Psicología gerontológica	Averiguar la forma cómo perciben al anciano tanto los jóvenes como los mismos ancianos.	Exploratorio	Las diferencias entre jóvenes y ancianos fueron significativamente de 1%, los jóvenes tienen mejor opinión de los ancianos de la que ellos tienen de sí mismos. La comparación del nivel socioeconómico entre media alta y media baja fue significativa al 1%. Los ancianos de media alta tienen actitudes más favorables que los de media baja. La de los jóvenes fue de 1%, los de media alta tienen actitudes más favorables hacia los ancianos que los de media baja. La edad y la clase social influyen en las actitudes que la gente tiene hacia los ancianos.
Sánchez AN. ⁵⁴ 1982	Venezuela	882 personas. 453 hombres y 429 mujeres, entre 15 y 30 años y, 40 y 79 años.	Psicología	Construir una escala nacional venezolana para determinar los estereotipos referidos a las personas ancianas. Encontrar un estereotipo negativo del anciano. Qué tanto los jóvenes y mayores van a sostener esos estereotipos negativos.	Exploratorio. 3 fases. FI: 540 personas. 293 hombres y 249 mujeres, entre 15 y 30 años. FII: 100 estudiantes. FIII: 120 estudiantes (60 hombres y 60 mujeres) y 120 familiares o amigos de estudiantes de psicología (53	Al análisis de los datos no se encontró diferencias estadísticas significativas entre los grupos estudiados, la gran mayoría de los calificativos negativos obtuvieron puntajes que denotan "desacuerdo o ligero acuerdo". En los que denotan expresión positiva los puntajes fueron "de acuerdo". Probando la hipótesis: a) que en Venezuela hay un estereotipo negativo del anciano y b) que tanto los jóvenes como las personas de mayor edad sostienen esos estereotipos negativos. Aunque no se confirmaron las hipótesis se obtuvieron resultados positivos, 1) un instrumento para medir estereotipos de los ancianos venezolanos con 140 proposiciones, 2) necesidad de seguir explorando en el área de estereotipos y 3) hacer un aporte al campo del estudio de la gerontología venezolana.

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Escovar H. 1987 ⁵⁵	Colombia	42 sujetos. 23 practicantes de enfermería y 19 de fisioterapia.	Psicología	Establecer cómo es la imagen del anciano que posee la gente joven. Establecer algunos de los estereotipos del viejo que manejan los jóvenes.	hombres y 67 mujeres) entre 40 y 79 años. Comparativo Aplicación de una encuesta al inicio de la práctica y otra en el último día de práctica de la institución.	Se llevó a cabo análisis cuantitativo y cualitativo contrastando los datos de los 4 grupos. De la sub-muestra de practicantes de enfermería la categoría 2 es la de más alta y el de fisioterapia la más frecuente es la categoría 1. Las primeras están más alejadas de la realidad en la construcción de ideales y más ceñidas a las normas de la “sociedad de consumo”, no siendo significativa la prueba.
Bazo, M.T. 1992 ⁵⁶	España	277 estudiantes universitarios	Sociología	Saber los estereotipos más comunes sobre la vejez, las personas ancianas en general y ciertas actitudes y expectativas como personas jóvenes destinadas a envejecer.	Exploratorio, se realiza análisis de contenido de entrevistas	Se mantienen los estereotipos negativos en los jóvenes, disminuyendo respecto a los “abuelos”, donde los estereotipos son más positivos. Se introduce el constructo “abuelidad”. La autora considera que “si el conocimiento de la vejez llega a ser objetivo entre la población general y entre la anciana, la percepción de la misma llegue a ser más positiva. Toma como indicador del temor a la vejez porque se teme a la enfermedad. Si la población conoce el riesgo de enfermar con la edad depende de factores controlables en cierta medida. Tiene un origen social con consecuencias más sociales. Sugiere un programa de educación para la vejez donde “la escuela debe educar para la vida”.

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Sáez N. 1994 ⁵⁷	España	1.064.387 sujetos. 618.398 prejubilados y 445.989 jubilados,	Psicología	Determinar, con respecto a la percepción, de limitaciones y estereotipos sociales de la jubilación. a) existen diferencias entre los prejubilados y los jubilados. b) cuáles variables son propiciatorias para una mayor o menor asunción de estas. Y c) si la edad es determinante en esas variables para evaluar esta percepción.	Descriptivo	Los sujetos que perciben mayor número de limitaciones y estereotipos sociales en la jubilación, van a tener un ajuste más dificultoso al entrar en el nuevo período del ciclo vital, y más que unido al grupo de edad al que pertenecen, esta percepción va unida a diversas variables que hacen que el sujeto se encuentre dentro de un grupo de riesgo para una inadecuada adaptación al periodo de la jubilación. Las significancias se observaron en las variables de: sexo (.047) y estudios realizados (.002). Afirma que son los <i>jubilados</i> los que encuentran mayor porcentaje de limitaciones y estereotipos sociales en lo que se refiere a la jubilación, frente a los <i>prejubilados</i> , que obtienen puntuaciones inferiores.
Gil M, Trujillo O. 1997 ⁵⁸	Cuba	Cuatro grupos de 20, 40, 60 y 70 años.	Medicina	Determinar cómo se estructuran los estereotipos hacia los ancianos.	Descriptivo	Los grupos de 40 y 70 años, tuvieron resultados casi similares, apuntando hacia lo positivo. Los de 20 y 60 años, evidenciaron un estereotipo mucho más negativo hacia los ancianos. El adjetivo "morales" se tornó de positivo a negativo ocupando el 2° lugar dentro de la estadística. Se sugiere que el personal sanitario debe persuadir a la población de la necesidad de adoptar posturas más positivas hacia los ancianos, creando comportamientos que favorezcan una mejor cultura de salud propiciando una imagen más favorable para mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Molina JA. 2000 ⁵⁹	España	220 sujetos (101 hombres y 119 mujeres) en 4 grupos etarios: ≤18, 19-35, 36-64 y ≥65a, con una Media de 37.23, rango de 15 a 88 años.	Psicología	Conocer cuál es el estereotipo de los ancianos comparando los valores de distintos grupos de edad. Comparar el autoestereotipo y heteroestereotipo.	Comparativo de la variable "Edad" Detección de estereotipos con técnica del Adjective Check List (LDA) de Katz y Braly.	El autoestereotipo es más favorable que el heteroestereotipo, siendo mejores las valoraciones según se aumenta la edad. Todos los grupos tuvieron actitud positiva hacia los ancianos. El autor denota que la muestra no es representativa de población alguna, por lo que se debe tomar los resultados con precaución.
Montañés J, Latorre JM. ⁵¹ 2004	España	n=530 jóvenes universitarios	Psicología	Conocer la percepción de la vejez y el envejecimiento que tienen los jóvenes.	Exploratorio	Los jóvenes conocen la vejez por sus familiares y mayores de su entorno, siendo críticos con otros jóvenes y su relación con otros mayores. Hay equilibrio entre los estereotipos negativos y positivos; donde los positivos son compartidos en un 70% de los jóvenes (ejercicio físico, capacidad de aprendizaje, desarrollo de memoria, entre otros) con el mismo porcentaje los negativos (pérdida de memoria inmediata, comportamiento infantil, relación jubilación vs trastornos psicológicos). Del patrón general de desarrollo a lo largo del ciclo vital, predomina la sabiduría en los mayores; mayor valoración en la vejez a expensas de recursos económicos, poder, independencia y sabiduría en comparación con la juventud; siendo superada por la madurez en todos los aspectos menos en sabiduría; los que viven con ancianos perciben la vejez con incapacidad y los de ciencias de la salud los perciben más negativamente. Se hacen presentes las creencias negativas hacia la vejez. Señala la necesidad de diseñar programas de intervención destinados a

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
McLafferty E. 2005 ⁶⁰	United Kingdom	59 profesores de enfermería y 162 estudiantes de enfermería.	Enfermería	Comparar las actitudes de los estudiantes de enfermería con los de los profesores de enfermería hacia el trabajo con adultos mayores hospitalizados.	Exploratorio	cambiar creencias, estereotipos y actitudes hacia la vejez y el envejecimiento. Los profesores de enfermería fueron los más positivos para una serie de ítems del cuestionario. Sin embargo, fueron menos positivos acerca de su papel en la promoción de un interés en las personas mayores y mantenerse al día sobre los avances en el campo de las personas mayores. Es la responsabilidad de los profesores y el personal clínico para disipar los estereotipos que los estudiantes de enfermería traen a la enfermería.
Gallagher P. 2007 ⁶¹	Nueva Zelanda	Enfermeras estudiantes de pregrado.	Enfermería	Papel que las ideas preconcebidas tienen en el proceso por el cual los estudiantes aprenden a ser enfermeras.	Teoría fundamentada.	En la educación en enfermería las ideas preconcebidas no son muy valoradas como base para el aprendizaje de la enfermería profesional. Es que la experiencia individual y las características personales de cada alumno, recibe una atención significativa cuando un programa de enfermería se ha previsto. Significa que los principios en que se basa el diseño de planes de estudios de-ben ser revisados con una perspectiva constructivista adoptado para la formación enfermera el que las experiencias previas de los estudiantes sean el punto de partida.
Hoessler C, Chasteen AL. 2008 ⁶²	Canadá		Psicología	Determinar si los adultos mayores tienden a basarse en estereotipos más que los adultos jóvenes, también muestran un efecto similar.	Exploratorio	No se encontraron diferencias en ambos grupos de edad que producen estereotipos consistentes a juicios en una escala objetiva, pero inconsistentes estereotipos – juicios, en una escala subjetiva. Estos resultados sugieren que el efecto de cambio de las normas tiene en la vida adulta.

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. 2008 ⁵³	México	531 alumnos de licenciatura, de las carreras en ciencias sociales y de la salud. Posgrado área de geriatría y gerontología. 111 profesores de geriatría y gerontología.	Gerontología FES Zaragoza, UNAM.	Evaluar los conocimientos, prejuicios y estereotipos que sobre la vejez manifiestan los estudiantes y profesores universitarios de las ciencias sociales y de la salud de la FES Zaragoza, UNAM.	Exploratorio, transversal y analítico con muestra a conveniencia (no probabilística)	Los prejuicios negativos significativamente más altos, coinciden con conocimientos más bajos en alumnos de carreras de enfermería y psicología comparados con los de medicina y odontología. Prejuicios positivos más altos en alumnos de psicología vs odontología. En profesores de enfermería los prejuicios negativos son más altos vs los de las demás carreras. Prejuicios positivos más altos en profesores de psicología ($p < 0.05$) en concordancia con los alumnos de la misma carrera. En los conocimientos de profesores, son un 70% menor en todas las carreras. El global entre alumnos y profesores el porcentaje promedio más alto ($p < 0.05$) es de prejuicios negativos en alumnos, con promedio más bajo de nivel de conocimientos ($p < 0.05$). Los alumnos de enfermería y psicología tienen un porcentaje promedio más alto de prejuicios negativos y positivos vs los alumnos de otras carreras, asociado a menor nivel de conocimientos. Y concordancia entre el mayor porcentaje promedio de prejuicios negativos y positivos entre alumnos y profesores de las carreras de enfermería y psicología respectivamente. No se encontró diferencia significativa entre el nivel de conocimientos y la vejez, en los profesores de las diferentes carreras; sugiere que influye la visión social e individual que tienen y el grado de Viejismo manifestado por ellos.

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Sánchez C, Trianes MV, Blanca MJ. 2009 ⁶³	España	757 personas no institucionales distribuidas en 4 grupos de edad	Psicología	Conocer las relaciones entre el grado de creencias en estereotipos negativos en personas entre 65 y 96 años y en las variables socio-demográficas sexo, edad, estado civil y nivel de estudios.	Exploratorio Cuestionario en 2 partes. 1ª recogía edad, estudios, sexo y estado civil. 2ª de estereotipos negativos de vejez con 3 factores, según el CENVE.	Diferencias significativas en función de la edad. Salud: los participantes de + 80 años tuvieron menor grado de estereotipos que los otros grupos. Motivacional y social: a medida que las personas son mayores incrementan el grado de estereotipos negativos y una disminución de intereses vitales. Las personas con menor nivel educativo presentan mayor puntuación en los factores salud, carácter y personalidad del CENVE.
Gázquez JJ, Pérez-Fuentes MC, Fernández M, González L, Ruiz I, Díaz A. 2009 ⁶⁴	España	806 sujetos. Dividido en cuatro grupos: jóvenes y mayores con formación gerontológica, y jóvenes y mayores sin formación gerontológica.	Psicología y Educación.	Conocer el grado de aceptación hacia una serie de estereotipos presentes en la sociedad española. Relacionados a sexualidad, personalidad y aspectos cognitivos de las personas mayores.	Exploratorio	Del grupo de mayores sin educación gerontológica expresan mayores estereotipos del cuestionario aplicado, seguido por el grupo de jóvenes sin formación gerontológica, siendo la puntuación media más alta que el de los jóvenes y las personas mayores con educación gerontológica. Y el número de estereotipos negativos aumenta a medida que desciende el nivel de educación.

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Amico LC. 2009 ⁶⁵	Argentina		Trabajo social	Identificar elementos diagnósticos de la realidad que enfrentan los adultos mayores producto de los avances científicos, tecnológicos y cambios demográficos. Analizar las dificultades que traen aparejadas la discriminación en la calidad de vida de los adultos mayores y en su desenvolvimiento diario en la sociedad. Plantear propuestas y estrategias de acción tendientes a minimizar los efectos negativos de la discriminación en los adultos mayores.	Estudio y Análisis Bibliográfico Observación No Estructurada y Participante Entrevistas Informales.	La poca preocupación de los Estados por legislar y fomentar políticas públicas y sociales a favor de las personas mayores, son factores que agudizan situaciones de discriminación, maltrato, abuso, violencia y abandono. Los profesionales, familiares y sociedad en general deben preocuparse por analizar y superar la presencia de estos mitos y creencias al momento de interactuar con adultos mayores, ya que su actitud se ve enormemente influida por ellos, debiendo entonces prepararse para contrarrestar sus probables efectos negativos. Es necesario entonces, incorporar una concepción de vejez y envejecimiento productivo, óptimo y activo que permita considerar a la vejez como una etapa de nuevas realizaciones.

Autor/año	Lugar de aplicación	Universo de estudio	Área Profesional	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Herrera S, Montorio I, Cabrera I. 2010 ⁶⁶	España	55 personas mayores con deterioro cognitivo leve.	Psicología	Estudiar la relación entre los estereotipos negativos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo leve.	Comparativo. Rendimiento cognitivo vs nivel de estereotipos negativos sobre la vejez, después del programa de estimulación cognitiva	1°: Incremento significativo del rendimiento en las capacidades de aprendizaje asociativo y recuerdo de información verbal tras el tratamiento, así como reducción significativa del nivel de estereotipos negativos sobre la vejez. 2°: el grupo de personas que mejoró su rendimiento en aprendizaje asociativo de los estereotipos negativos eran más frecuentes e igualmente disminuían tras el tratamiento.

Fuente. Elaboración propia con la información de los artículos consultados que aparecen en las referencias.

III.3. Formación Profesional de Enfermería

Históricamente la enfermería está circundada de estereotipos, prejuicios y estigmas que, con el paso del tiempo, se han ido modificando al conformar un cuerpo de conocimientos basado en teorías de las ciencias cercanas a su hacer profesional, generando modelos y teorías para la profesión. Teorías de las ciencias puras, aplicadas y humanísticas como filosofía, matemáticas, economía física, historia, sociología, psicología, antropología, medicina, bioética, etc., utilizadas para la realización y aplicación de ellas en la práctica profesional. Sobresalen personajes que le han dado formalidad y prestigio; mujeres que retaron las normas sociales y el sometimiento de la cultura en su tiempo para enfrentar el reto de recuperar la salud de otro ser humano. Personajes conocidos mundialmente y reconocidos por sus iguales, como las teorizadoras de la profesión que se han dado a la tarea de estudiarla, pero sobre todo de dar a conocer las aportaciones de sus estudios, modificando paulatinamente a la profesión y marcando las reglas a seguir dentro de la profesión.⁶⁷

Pero no solo son las enfermeras conocidas y teóricas las que realizan la sustentabilidad de la profesión, también las que dentro del ejercicio cotidiano hacen de ésta, la profesión conocida y reconocida social y mundialmente, aunque aún no de la mejor forma para sus elementos. Todas y todos en enfermería mantienen a la profesión actualizada y permanentemente al día, con investigaciones y nuevas formas de tratamiento, incluyéndolas dentro de la teoría para mejora de la profesión y el desempeño ante los pacientes.

Como disciplina, es científica y se relaciona con lo cognoscitivo, es decir, el dominio de conocimientos específicos que diferencian una profesión de otra y delimitan su campo de estudio, saberes e intervenciones por lo que se definen en razón de la relevancia social y la orientación de sus valores profesionales. Estos valores son aceptados por el gremio, donde se ejerce la práctica profesional y constituyen el soporte y respaldo de las acciones que realiza en los niveles de salud. Por lo que se requiere del conocimiento disciplinar fundamental y

adecuado, constituyendo la identidad profesional y el dominio de las herramientas para certificar la su competencia ante los usuarios, la organización y la sociedad en general.^{68,69}

La enfermería se encuentra apoyada en el *continuum*, específicamente porque cada vez y con más frecuencia el sentido innato de lo que es mejor para todos es estropeado por el recelo; mientras que el intelecto, que nunca ha conocido demasiado las necesidades reales, decide lo que se debe hacer. La mente consciente, por naturaleza, sólo puede considerar una cosa a la vez, mientras que el inconsciente puede hacer cualquier cantidad de observaciones, cálculos, síntesis y ejecuciones de manera simultánea y correcta. El antiguo *continuum* de nuestra especie, se adapta a las tendencias y expectativas con las que el hombre ha evolucionado y las expectativas, en este sentido, se encuentran tanto en el hombre como en su propio diseño como huella de los antecesores.⁷⁰

La profesión no solo se compone de teoría, la *praxis* es imprescindible para desarrollar y aplicar habilidades y destrezas en la atención directa del cuidado al paciente, donde el conocimiento se estructura en cuatro ejes de aprendizaje o saberes conocidos como “pilares del conocimiento”. Que son: *aprender a conocer* es adquirir los instrumentos de la comprensión; *aprender a hacer*, para poder influir sobre el propio entorno; *aprender a vivir juntos*, para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas; y por último *aprender a ser*, como proceso fundamental que recoge los componentes de los anteriores formando la personalidad,⁷¹ y en este caso la profesional.

El *saber conocer* es también la comprensión del problema o de la actividad dentro del contexto; el *saber hacer* está basado en la ejecución de procesos y procedimientos específicos para resolver el problema con planeación y evaluación; y el *saber ser* es la motivación, interés, habilidad comunicativa, cooperación con otros y la búsqueda de la idoneidad, importantes para el desarrollo de la práctica de enfermería.⁷² El conocimiento del hacer en enfermería se fundamenta en el cuidado empático y dialógico, dándole así el objeto profesional de su hacer enfocando el estudio e investigación a ello. Sin embargo, el cuidado sin el desarrollo de habilidades con base en el conocimiento para el quehacer profesional se encuentra en el

empirismo, por lo que la tarea de la investigación es justificar la vinculación teoría – práctica desde la visión intelectual,⁷³ vínculo que aún va resolviéndose.

Los cuidados se distinguen en tres rubros, los genéricos o informales, los profesionales y los profesionales de enfermería, estos se han definido históricamente de la actividad del cuidar personas y quienes las realizan. Las teóricas de la profesión de enfermería tratan de definir un cuerpo propio de conocimientos con base científica, que orienten y den sentido al cuidado que se proporciona en las áreas de su competencia. En ellos se han producido modelos conceptuales y teorías aplicadas al cuidado explicando el qué, por qué y para qué de la enfermería como profesión. Constituyendo así, el marco conceptual profesional con el análisis, comprensión e interpretación de la acción de enfermería en los ámbitos: asistencial, docente, de gestión e investigación.

La definición de *cuidado* es diversa, se basa en el conocimiento de las ciencias y su aplicación al fenómeno de la vida humana, durante las distintas etapas del desarrollo y crecimiento del ser humano como ente social y en la relación que se genera entre dos personas de manera dialógica. Denota fenómenos complejos en múltiples dimensiones con elementos científico – técnicos orientados, por una parte, a la dimensión biológica del enfermar y por otra a las humanísticas, orientadas a lo psicosocial y espiritual de la enfermedad. Por otra parte, la mayoría de las conceptualizaciones provienen de la fenomenología existencial y la psicología humanista.⁷⁴

El cuidado profesional de enfermería es integral, toma en cuenta el tipo de ambiente existente dentro del ámbito individual, familiar y comunitario, dirigiendo los conocimientos profesionales hacia esos rubros.

La enseñanza profesional de enfermería se basa en el modelo biomédico, emanado de la corriente positivista imperante; en la actualidad, las corrientes filosóficas basadas en la conciencia y el conocimiento del hombre han generado nuevas teorías y modelos, implementados en la profesión para dar un cambio de modelo y emanciparse del área médica

dominante. El cambio de paradigma implica la concienciación del gremio y la aceptación de la mayoría de las nuevas ideas al inicio y la comprobación de los estudios y teorías. Posteriormente se homogenizan y aceptan, para llevar a cabo realmente la modificación del pensamiento anterior por el nuevo pensamiento: debe haber un pensamiento crítico y la certeza de la elección del cambio. Este intercambio de ideas y modificaciones ocurre cuando un modelo deja de ser pertinente y se encuentra otro con mayores posibilidades de explicar lo necesario y suficiente, dentro del contexto de la ciencia que se modifica o de la profesión con un nuevo paradigma,⁷⁵ como es el caso de enfermería.

La enseñanza formal de enfermería se ha modificado conforme hay nuevos modelos y teorías, dando una nueva visión a la relación enseñanza – aprendizaje que genera otros paradigmas, siendo el actual el de los cuatro ejes: persona, cuidado, entorno y enfermera, reconocido como metaparadigma. Para dar sentido a la formación de recursos humanos en enfermería, se requiere un conjunto de conocimientos que fomenten el sistema educativo profesional y el establecimiento de metas generales de formación en enfermería, denominados “aprendizajes curriculares”.⁷⁶ Así, el currículo y los planes de estudio dan la pauta formal para adquirir el conocimiento pertinente, adecuado y suficiente para que el estudiante de enfermería realice apropiadamente el cuidado hacia los pacientes.

Los planes de estudio se dividen en dimensiones o áreas de impacto, tomando en cuenta la parte teórica evaluada en créditos y la parte práctica evaluada con el alcance de las metas preestablecidas. La carga curricular más importante en la profesión es la práctica, desde la perspectiva sociológica respecto al papel que tiene en las relaciones interpersonales, socialización y aculturación del profesional en enfermería. Sin embargo, el conocimiento dentro de la práctica real de enfermería da lugar a las habilidades y destrezas, que se incrementan al pasar del tiempo para conformar la experiencia de la praxis, transformándose de aprendiz a experto.

Esta experiencia no solo se adquiere con el conocimiento, también al convivir con las profesionales que tienen más tiempo dentro de la disciplina y en su aplicación durante el

ejercicio profesional cotidiano. Esto da pie a una reflexión sobre la forma de cómo la enfermería, a partir de las tareas artesanales y del quehacer sencillo, ha ido conformando su propio conocimiento, partiendo de una realidad que se ha ido consolidando dentro de la profesión con vistas científicas.⁷⁷ Enfermería como profesión, se conforma de un *corpus* teórico de saberes científicos, el desarrollo de habilidades y destrezas encaminadas a proporcionar cuidado para la salud en los niveles de atención (preventiva, asistencial y curativa).

En México, el personal de enfermería es formado en distintos niveles educativos desde básico, técnico, medio superior, superior y de posgrado. En cada uno de ellos existen instituciones educativas que la ofertan, sin tener un número exacto y difícil de precisar, en gran medida por la falta de regulación y control en cada nivel.⁷⁸ La formación teórica y la capacitación continua del personal de enfermería se ven reflejadas en el cuidado que proporciona a los usuarios en las unidades de salud, en diferentes niveles de atención dentro y fuera del Sector Salud.

La motivación personal de mejorar la atención de los pacientes y elevar el estatus laboral, lleva a las enfermeras a realizar estudios especializados sobre un área afín del conocimiento, ofertado dentro del plan de estudios de las escuelas de enfermería del país.

A partir de ahí, el estudiante de enfermería realiza el cumplimiento del plan de estudios en la escuela de elección y la finalización, con o sin titulación, hasta su inserción al campo laboral (Figura III. 20.).

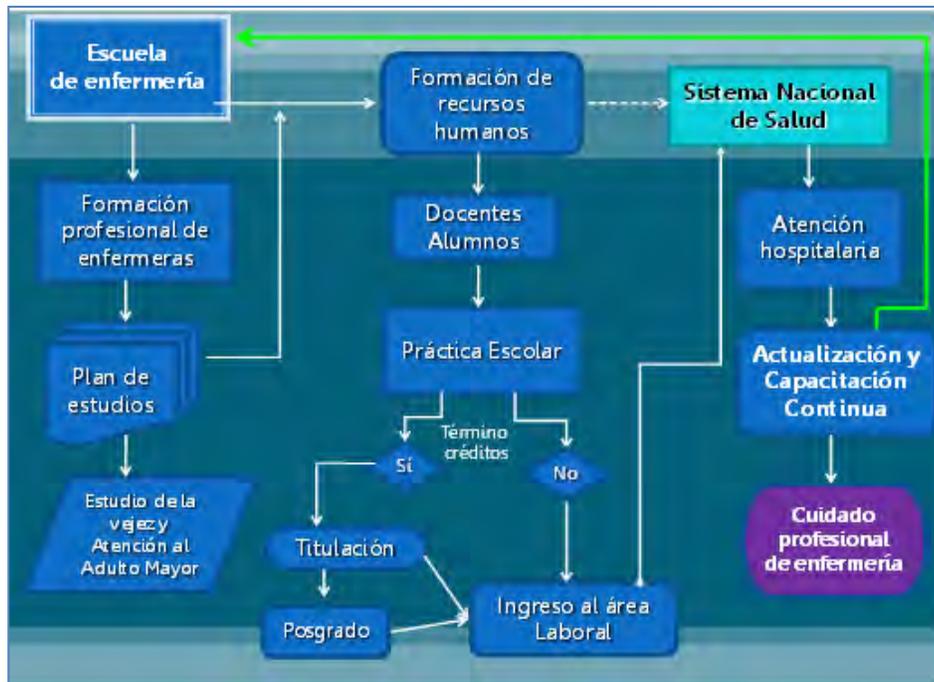


Figura III.20. Diagrama de la formación de recursos humanos en enfermería.

Fuente. Elaboración con base en la experiencia profesional de 34 años de servicio. Se observa el curso que un estudiante de enfermería realiza durante su vida escolar, alternativas de inserción al campo laboral y profesional asistencial.

La manera de entender la relación entre conocimiento académico y práctica profesional se basa en la racionalidad técnica, e inspira el diseño y desarrollo curricular de los centros universitarios y educativos. Esta racionalidad técnica entiende que la práctica competente se convierte en profesional, cuando la solución de problemas se basa en el conocimiento de proposiciones generales teóricas. Se trata de solucionar problemas instrumentales aplicando el conocimiento científico procedente de la investigación empírica, donde los problemas instrumentales involucran la selección de los medios técnicos más adecuados para alcanzar un fin, previa y claramente determinado.⁷⁹

La formación profesional de enfermería ocurre en las escuelas de enfermería dentro de las universidades y centros educativos del país, con asignaturas relativas a las áreas biológica, psicológica, social y administrativa de la profesión. En este sentido, para tener un panorama

de la relación conocimiento formal – institución educativa – cuidado específico del anciano, se analizó el plan de estudios de las asignaturas dirigidas al envejecimiento y la vejez de algunas escuelas de enfermería de la Cd. de México y estados cercanos. Para lo cual se decidió buscar en la Web las instituciones educativas que ofertan la carrera de Enfermería como Licenciatura, Enfermería General, Técnico profesional de enfermería, u otro título relacionado al egreso del discente.

Con base en mi experiencia laboral y algunas escuelas de egreso de las participantes en la investigación, se acotó la búsqueda electrónica sobre la carrera y las asignaturas relativas al envejecimiento dentro del mapa curricular o el plan de estudios, así como el momento académico en que se imparten. Esta información fue diferente en cada una de ellas debido al diseño y contenido, donde en algunas fue complicado encontrar la información pertinente para analizar las asignaturas. Los datos obtenidos de las páginas web fueron: mapa curricular y/o plan de estudio de las unidades académicas, con los créditos otorgados a cada asignatura y momento de su impartición.

Estos datos fueron importantes para inferir el grado de conocimiento adquirido durante la formación profesional, sobre gerontología y geriatría del profesional egresado. Las asignaturas encontradas se dirigen principalmente a las patologías en la vejez (Geriatría) y pocas hacia el proceso de envejecimiento comunitario, como parte de la Gerontología. Sin embargo, esto no sugiere que el cuidado hacia los adultos mayores en los hospitales sea de dudosa calidad por falta de capacitación, pero posiblemente hay limitantes por la no especialización sobre el proceso de envejecimiento.

En este escenario pueden presentarse estereotipos y prejuicios hacia la vejez y el profesional de enfermería manifestar viejismo durante el cuidado que ofrece a los adultos mayores dentro del hospital. Se puede inferir, que esa actitud se deba no solo a la cultura subyacente al personal, sino al déficit del tiempo asignado a las asignaturas gerontológicas, principalmente dentro de la formación profesional (Cuadro III.5).

Cuadro III.5. Instituciones educativas que ofertan la carrera de enfermería con asignaturas curriculares sobre envejecimiento y vejez, en el D.F. y estados circunvecinos.

Institución	Sede	Nombre	Modalidad	Período	Nombre Asignatura	Créd.			
Universidad Nacional Autónoma de México ^{80 81 82}	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia	Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	Escolarizado Presencial Sistema Abierto	7° semestre	Enfermería de la vejez	25			
				5° semestre	Proceso Salud Enfermedad en el Adolescente, Adulto y en el Anciano I.	28			
				6° semestre	Enfermería del Adolescente, del Adulto y del Anciano I	10			
					Desarrollo de Personas: Adolescente, del Adulto y del Anciano	06			
				Práctica IV	Proceso Salud Enfermedad en el Adolescente, en el Adulto y en el Anciano II	10			
				Optativas	Enfermería del Adolescente, del Adulto y del Anciano II	28			
					Atención integral al paciente adulto y anciano.	04			
					Enfermería del Anciano				
				Facultad de Estudios Superiores Iztacala	Licenciatura en Enfermería	Escolarizado Presencial		Clínica del adulto y adulto mayor en la Clínica Universitaria de Salud Integral Almaráz	
				Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	Licenciatura en enfermería	Escolarizado Presencial		En el perfil del egresado se nombran algunas asignaturas como Formación Específica donde se encuentra Geronto-Geriatria.	

Institución	Sede	Nombre	Modalidad	Período	Nombre Asignatura	Créd.
Universidad Nacional Autónoma de México ^{83 84 85}	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	Unidad de Investigación en Gerontología.		Diplomados	Gerontología social Envejecimiento activo y gerontología comunitaria.	
		En Línea: Formación de Recursos Humanos en Gerontología		Curso	Universitario de envejecimiento activo para adultos mayores. Sensibilización hacia el envejecimiento. Evaluación gerontológica integral. Autocuidado, ayuda mutua y autogestión. Vida saludable. Retiro sin crisis.	
Instituto Politécnico Nacional ⁸⁶	Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia	Licenciatura en enfermería (1)		Unidades de Aprendizaje compartidas (1y2)	Enfermería y Autocuidado del adulto	12
		Licenciatura en enfermería y obstetricia. (2)	Escolarizado	Unidades de Aprendizaje (1)	Clínica de autocuidado del adulto	14
		Estudios Complementarios Competencias Licenciatura en Enfermería.	Semi presencial	Tercer semestre	Enfermería y autocuidado del Adulto y Senecto.	10

Institución	Sede	Nombre	Modalidad	Período	Nombre Asignatura	Créd.
<p>SEP DGETI⁸⁷</p>	<p>Dirección General de Educación Tecnológica Industrial.</p> <p>Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios.</p> <p>(CETIS)</p>	<p>Enfermería General</p> <p>Carrera de Gericultura⁸⁸</p>	<p>Presencial</p> <p>5 Módulos</p>	<p>4° semestre</p> <p>Módulo V</p> <p>M. I</p> <p>M. II</p> <p>M. III</p> <p>M. IV</p> <p>M. V</p>	<p>Enfermería del Adulto Mayor</p> <p>Proceso enfermero en el cuidado del adulto mayor y en los programas de salud a la comunidad.</p> <p>Cuidados al adulto mayor.</p> <p>Cuidados de higiene en el geronte, considerando su fisiopatología.</p> <p>Diseño planes de atención y alimentación.</p> <p>Técnicas de movimiento en el adulto mayor.</p> <p>Servicios, técnicas, y agentes terapéuticos.</p>	<p>5 hrs.</p>
<p>SEP CONALEP⁸⁹</p>	<p>Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.</p>	<p>Enfermería General del Bachillerato Tecnológico</p>	<p>Bachillerato Tecnológico Bivalente y Escolarizada</p>	<p>6° semestre</p>	<p>Enfermería geriátrica</p>	<p>9 hrs.</p>

Institución	Sede	Nombre	Modalidad	Período	Nombre Asignatura	Créd.
Instituto Marillac. I.A.P. ⁹⁰	Incorporado a la UNAM	Licenciatura en Enfermería	Presencial y Sistema abierto	5° semestre	Proceso salud-enfermedad en el adolescente, en el adulto y en el anciano. I.	10
				6° semestre	Enfermería del adolescente, el adulto y el anciano I	28
					Desarrollo de la personalidad del adolescente, del adulto y del anciano.	6
					Proceso salud-enfermedad en el adolescente, en el adulto y en el anciano II. Enfermería del adolescente, el adulto y el anciano II	22
Escuela de Enfermería Escandón ⁹¹	Incorporada SEP-DGETI	Técnico Profesional en Enfermería General	Presencial	6° semestre	Enfermería Geriátrica. Práctica de Enfermería Geriátrica.	

Institución	Sede	Nombre	Modalidad	Período	Nombre Asignatura	Créd.
Universidad Autónoma del Estado de México ⁹²	Facultad de Enfermería y Obstetricia.	Licenciatura en Enfermería	Escolarizada con administración flexible de la enseñanza	Enfermería Acentuación en Salud Pública	Enfermería Geriátrica	6
					Clínica De Enfermería Geriátrica	6
					Enfermería Gerontológica	4
		Licenciatura en Gerontología		Anual	Cursando 20 asignaturas del núcleo básico 25 del núcleo sustantivo y 17 del núcleo integral Áreas curriculares: Biología del envejecimiento, Gerontología clínica, Gerontopsicología, Gerontología social e Investigación.	113 211 77
Universidad Autónoma del Estado de Morelos ⁹³	Facultad de Enfermería	Licenciatura en Enfermería	Escolarizado Curso Complementario	Semestral	El plan de estudios se encuentra en reestructuración; no se muestran las asignaturas, solo el perfil de ingreso y egreso de los alumnos. Consta de 5 áreas con 23 asignaturas sin incluir gerontología y geriatría.	

Institución	Sede	Nombre	Modalidad	Período	Nombre Asignatura	Créd.
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla ⁹⁴	Facultad de Enfermería	Licenciatura en Enfermería	Escolarizado Presencial	7° semestre	Enfermería del adulto mayor. Niveles: Básico y Formativo	6
Universidad Autónoma de Tlaxcala ⁹⁵	Facultad de Ciencias de la Salud	Licenciatura en Enfermería	Escolarizado Presencial y Sistema abierto	8° semestre	Enfermería Gerontológica Prácticas de Enfermería Gerontológica	8 17

Fuente. Elaborado con datos obtenidos de los planes de estudio de las instituciones académicas que incluyen la carrera de enfermería publicados en la web. Se tomaron en cuenta las instituciones académicas de los estados contiguos al Distrito Federal dado que el personal migra hacia mejores condiciones salariales, impactando en el número de enfermeras laborando en el Distrito Federal.

Las instituciones educativas públicas y privadas consultadas que incluyen la carrera de enfermería fueron; las públicas: de la Secretaría de Educación Pública (SEP), en la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI), dentro de los Centros de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios (CETIS) y el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP).

La Universidad Nacional Autónoma de México, sedes: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza y FES Iztacala. En la FES Zaragoza existe una Unidad de Investigación en Gerontología con una línea exclusiva de Formación de Recursos Humanos en Gerontología, así como diplomados y cursos sobre gerontología social, envejecimiento activo, sensibilización hacia el envejecimiento, autocuidado, etc. Del Instituto Politécnico Nacional, sede Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO).

Las privadas son: Escuela de Enfermería Escandón, incorporada a la SEP-DGETI y el Instituto Marillac, I.A.P., incorporado a la UNAM.

De Las escuelas de enfermería en los estados aledaños fueron: Universidad Autónoma del Estado de México, sede Facultad de Enfermería y Obstetricia; Universidad Autónoma del Estado de Morelos, sede Facultad de Enfermería; Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, sede Facultad de Enfermería y la Universidad Autónoma de Tlaxcala, sede Facultad de Ciencias de la Salud. De ellas, la única que oferta la carrera de Licenciatura en Gerontología es la Universidad Autónoma del Estado de México, sede Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Respecto a las asignaturas dirigidas al envejecimiento y la gerontología, en todas las escuelas se imparten del 4° al 7° semestre en general, teniendo distintos nombres y denominaciones así como créditos. sin haber homologación o semejanza de estos rubros entre las escuelas aún cuando sean del mismo sistema educativo.

En tanto a la nominación como práctica clínica de los estudiantes al cuidado al adulto mayor, solo lo plasma el plan de estudios de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

En el Distrito Federal, la única que tiene un área de atención clínica en desarrollo al programa específico para el adulto mayor es la FES Iztacala.

De las otras páginas web consultadas, no informan sobre especialidades y otros estudios de posgrado como opciones educativas para mejorar el conocimiento sobre el envejecimiento y la vejez, posterior a la culminación de la carrera.

Se considera que el conocimiento especializado mantiene la actualización teórica y práctica suficiente en el desarrollo de nuevas habilidades y destrezas, proporcionando un juicio crítico en diversas situaciones que enfrenta el personal de enfermería, en las unidades de salud con el grupo de envejecientes. Esto aumenta el capital intelectual y práctico de los profesionales de enfermería, y pone de manifiesto el currículo oculto o empírico que poseen, aunándolo al pensamiento crítico inculcado dentro del aula en la formación académica.

En la formación profesional se imparten asignaturas que acercan al estudiante al mundo al que se enfrentará, en primera instancia dentro de la práctica escolar, y posteriormente durante el ejercicio profesional en el área laboral. Sin embargo, como persona no puede suprimir la parte cultural del grupo de origen que le ha marcado, creando una personalidad que se vislumbra en el cumplimiento del ejercicio profesional.

La parte cultural es el bagaje personal donde se encuentran los estereotipos y prejuicios que cada individuo posee y pueden impactar en la calidad de atención otorgada a los usuarios de la unidad de salud donde labora, en su ingreso al grupo profesional de enfermería. Las características culturales y personalidad de estos profesionales, aunados al conocimiento de enfermería adquirido en la formación profesional, hacen la parte medular dentro del sistema de salud.

En este contexto, la población de mayor demanda de servicios de salud es la de personas de la tercera edad, con la cual tiene una relación muy estrecha por el cuidado que proporciona enfermería, plasmando en su actitud algunos estereotipos o prejuicios hacia este grupo etario.

Dentro de la oferta educativa y en relación a la movilidad poblacional, las especialidades enfocadas al adulto mayor son Geriátrica y Gerontología, donde la primera es mayormente aceptada dada la relación enfermera – paciente o médico – paciente. En enfermería, esas especialidades se engloban en una sola, dando nombres distintos según la escuela donde se adquiera la capacitación, sea especialidad o posgrado dirigido al cuidado específico al adulto mayor.

III.3.1. Enfermería Gerontológica y Geriátrica

Derivado de la consulta en la web de las instituciones académicas con oferta de la carrera de enfermería gerontológica o geriátrica, la Universidad Autónoma del Estado de México es la única que imparte la Licenciatura en Gerontología. Dentro de la oferta de la Facultad de Enfermería y Obstetricia en el área de Ciencias de la Salud, como única institución académica de enfermería; las otras especializaciones de gerontología están dirigidas primordialmente al área médica.

De las características generales de la Licenciatura en Gerontología se encuentra: emisión de título de Licenciada/o en Gerontología; calendario anual con dos períodos regulares y un intensivo; impartida con modalidad escolarizada con administración flexible de la enseñanza. Desarrollo de competencias genéricas y transversales; además de competencias específicas: teóricas, metodológicas y axiológicas como parte del perfil de egreso del educando.

El mapa curricular considera cinco áreas curriculares: Biología del envejecimiento, Gerontología clínica, Gerontopsicología, Gerontología social e Investigación. El servicio social a cubrir es de un año, marcado en el mapa curricular al finalizar los créditos.

La estructura del Plan de estudios cuenta con 3 núcleos: Básico, Sustantivo e Integral con unidades de aprendizaje (UA) obligatorias y optativas, divididas en horas de teoría (HT), horas de práctica (HP), total de horas (TH) y créditos (CR) por UA y núcleo. Cumpliendo con un total de 401 créditos para cubrir el perfil de egreso como licenciada/o en gerontología (Figura III.21.).⁹⁶

UNIDADES ACADÉMICAS	CRÉDITOS
Unidades de Aprendizaje Obligatorias	44
Unidades de Aprendizaje Optativas	18
Unidades Aprendizaje a Acreditar	62
Total de créditos	401

Figura III.21. Desglose del total de unidades de aprendizaje (UA) y créditos de la Licenciatura en Gerontología.

Fuente. Tomado de la estructura del plan de estudios de la Licenciatura en Gerontología de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

En la estructura del plan de estudios se divide en: Núcleo Básico se compone de 11 UA obligatorias y 13 optativas con HT en conjunto de 49, 15 HP, siendo un total de horas de 64, cubriendo 77 CR en el núcleo básico.

Del Núcleo Sustantivo 25 UA obligatorias con 72 HT, 67 HP, con un total de horas (TH) de 139 y 211 créditos para el núcleo sustantivo, y por último el Núcleo Integral con 8 UA obligatorias y 11 optativas con 17 HT conjuntas, 15 HP, 55 TH con 77 créditos totales (Figura III.22.).⁹⁷

TÓPICO	BÁSICO			SUSTANTIVO		INTEGRAL	
	Obligatorias	Optativas	Totales	Obligatorias	Obligatorias	Optativas	Totales
U.A.	11	13	20	25	8	11	17
H.T.	36	13	49	72	13	10	23
H.P.	5	10	15	67	15	16	31
T.H.	41	23	64	139	29	26	55
CCR.	77	36	113	211	41	36	77

Figura III.22. Desglose de Núcleos de formación del Plan de estudios de la Licenciatura en Gerontología.

Fuente. Tomado de la estructura del plan de estudios de la Licenciatura en Gerontología de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Autónoma del Estado de México.

La participación de la enfermera gerontóloga es básica en el cuidado de los grupos de adultos mayores en el área comunitaria en la detección y control de patologías crónico – degenerativas y los ingresados en las áreas hospitalarias, así mismo, de los procesos agudos inesperados de la población anciana.

Dentro de las instituciones hospitalarias, el trabajo de este personal especializado se ubica, además del cuidado específico al adulto mayor, en la educación y transmisión de conocimientos gerontológicos a los compañeros del servicio y familiares de los ancianos. Ello derivado de las competencias tanto teóricas como metodológicas adquiridas en la preparación académica como parte del perfil de egreso de la licenciatura en gerontología, dentro de las cuales están *Generar una cultura de redes de apoyo en el proceso de envejecimiento e Identificar estilos de vida y factores de riesgo del adulto mayor con el objeto de definir estrategias de acción viables en el cuidado de este sector de la población.*⁹⁸

Se debe considerar la labilidad en la que un adulto mayor se encuentra dentro del hospital, las situaciones mentales que pueda enfrentar, la pérdida de independencia, intimidad, movilidad y funcionalidad y la presencia de dolor.

Una de las primordiales funciones del personal de enfermería es prever y evitar riesgos al paciente, y en el caso del adulto mayor dentro del hospital y mantener una actitud positiva hacia la recuperación de habilidades para la vida cotidiana. Al egreso del hospital, proponer a la familia del adulto mayor un plan de alta para mantener y recuperar su funcionalidad, facilitando a los familiares y cuidadores la capacitación y conocimientos adecuados para lograr los objetivos del plan.⁹⁹ Y que el anciano logre en su domicilio, mayor independencia y autonomía al realizar actividades básicas e instrumentales como parte importante de funcionalidad y tener buena calidad de vida.¹⁰⁰

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las representaciones sociales de la vejez caracterizadas por prejuicios y estereotipos, propician actitudes inadecuadas hacia los adultos mayores, en el ambiente familiar, comunitario, institucional y práctica profesional. En este sentido, se ha demostrado que los conocimientos sobre gerontología en los profesionales de las ciencias de la salud permiten que se tenga una actitud y trato objetivo hacia los ancianos durante su práctica profesional. Por tal motivo, se propone que el nivel de conocimientos básicos en los ámbitos biológico y social que tenga el personal de enfermería puede ser un factor determinante de sus actitudes hacia los pacientes ancianos durante el ejercicio profesional. No obstante, los estudios en nuestro medio sobre dicha problemática son escasos, de ahí que los planteamos la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los conocimientos básicos sobre envejecimiento con los estereotipos hacia la vejez en un grupo de enfermeras en la aplicación del cuidado al adulto mayor durante la práctica profesional hospitalaria?

V. HIPÓTESIS.

Considerando los estudios sobre la influencia de los conocimientos teóricos en gerontología sobre las representaciones sociales de la vejez, suponemos que el personal de enfermería con mayor nivel conocimientos en el ámbito gerontológico expresará menos estereotipos vinculados con los cuidados al adulto mayor a nivel hospitalario.

VI. OBJETIVOS

General

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos básicos de gerontología y los estereotipos hacia la vejez de un grupo de enfermeras en ejercicio profesional hospitalario.

Específicos

- ⚙ Evaluar los conocimientos básicos del proceso de envejecimiento en un grupo de enfermeras en ejercicio profesional hospitalario.
- ⚙ Evidenciar los estereotipos en un grupo de enfermeras en ejercicio profesional hospitalario.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII. 1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional en 91 profesionales de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención. Previa conocimiento informado.

VII.2. Población de estudio

La investigación se llevó a cabo en una muestra a conveniencia de un grupo de profesionales de enfermería (n=91) con adscripción a una unidad médica de segundo nivel de atención, adscritos a los turnos matutino, vespertino y nocturno de todas las categorías institucionales. Se incluyó a todo el personal de base que aceptó participar en la investigación de los servicios de Consulta Externa y área hospitalaria (Cirugía Mixta, Gineco-Obstetricia, Hemodiálisis, Medicina Interna, Nefrología, Quirófano, Recuperación de Cirugía, Rol Suplente, Urgencias Adultos y Unidad de Cuidados Intensivos). Se incluyó también al personal de Central de Equipos y Esterilización, Enseñanza de Enfermería, Jefatura del Departamento de Enfermería, Neonatología, Pediatría y Urgencias Pediatría por la experiencia en atención del adulto mayor que ha adquirido durante la antigüedad laboral, aunque no se encuentre laborando en servicios de adultos.

La formación académica del personal tiene relación con los estudios del grado académico que ostenta para incluirse en la actividad laboral profesional de enfermería. Sin embargo, este nivel académico en ocasiones no es concordante con la categoría institucional asignada, pero sí con la experiencia adquirida de los participantes a través de la atención otorgada y el cuidado proporcionado a los adultos mayores, relacionada con los años laborados dentro de la institución como trayectoria profesional.

VII.3. Variables

Independiente: Estereotipos hacia la vejez.

Dependiente: Conocimientos Básicos de Gerontología.

Cuadro VII.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento a la fecha del estudio que reporta la persona.	Cuantitativa discreta	Años
Intervalo de edad	Amplitud de la variación entre un límite menor y uno mayor claramente especificados. ¹⁰¹	Cualitativa nominal	1 = Menor o igual de 35 años 2 = Mayor o igual de 36 años
Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Formación académica	Conjunto de conocimientos requeridos para ejercer una profesión.	Cualitativa nominal	1 = Nivel Licenciatura 2 = Nivel Técnico
Turno	Horas laboradas en una jornada de trabajo determinada.	Cualitativa nominal	1= Diurno 2 = Nocturno
Diurno	Unión del turno matutino con el vespertino.		
Nocturno	Unión de la jornada institucional (JI) 2.1 y 2.2 en una sola.		

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Antigüedad Laboral	Cantidad de años transcurridos en el ejercicio de la profesión de enfermería.	Cuantitativa continua	Antigüedad en años
Rango de antigüedad	Cantidad de años laborados con base en la población de estudio.	Cualitativa nominal	\leq a 15 años \geq a 16 años
Trabajo con adultos mayores	Experiencia profesional en el cuidado del adulto mayor.	Cualitativa nominal	0 = No 1 = Sí
Conocimientos básicos de gerontología	formales sobre el proceso de envejecimiento adquiridos en la formación académica de enfermería.	Cuantitativa continua	✓ Calificación total cruda de conocimientos básicos de gerontología. ✓ Calificación total ponderada de conocimientos básicos de gerontología.
Área Biológica.	Área relativa al conocimiento sobre envejecimiento.	Cuantitativa continua	✓ Calificación total cruda por área: biológica, psicológica y social.
Área Psicológica			
Área Social			
Estereotipo	Imagen o idea aceptada por un grupo o sociedad con carácter inmutable. ⁸³	Cuantitativa continua	✓ Social ✓ Pueril ✓ Positivo ✓ Negativo

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Estereotipo social	Adjetivo referente a la vejez, reconocido generalmente por la sociedad.	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solitario ✓ Sociables ✓ Respetables ✓ Divertidos ✓ Útiles ✓ Flexibles
Estereotipo pueril	trivial ⁸³ dirigido hacia la vejez.	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maniáticos ✓ Infantiles ✓ Caprichosos
Estereotipo positivo	Adjetivo respetuoso hacia la vejez. ⁸³	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bondadoso ✓ Cariñoso ✓ Generoso ✓ Confiado ✓ Sencillo ✓ Sabio ✓ Paciente ✓ Sincero ✓ Comprensivo
Estereotipo negativo	Adjetivo ofensivo dirigido hacia la vejez. ⁸³	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Machacón ✓ Achacoso ✓ Lento ✓ Malhumorado ✓ Chismoso ✓ Pesimista ✓ Irritable ✓ Preocupado ✓ Susceptibles ✓ Pesado ✓ Chocho ✓ Parlanchines ✓ Rabo verde ✓ Cansado ✓ Necio ✓ Ideático

VII.4. Técnicas.

Se eligió una unidad de segundo nivel de atención médica con población derechohabiente de servidores públicos que laboran en las secretarías de estado de la federación. La investigación se centró en el personal de enfermería de la unidad que deseara participar y tuviera experiencia en la aplicación de cuidados a los adultos mayores.

Para tener un universo mayor, se visitó al personal de enfermería en los servicios y turnos donde labora sensibilizando a los colaboradores sobre la investigación para que participaran en ella. Al aceptar, se les entregó un documento con: carta informativa, consentimiento informado de la investigación y el instrumento de valoración. Se resolvieron las dudas que surgieron, notificándoles que el tiempo para responder sería de treinta y cinco minutos. Para ello, se visitaron los servicios en el momento de menor carga de trabajo para facilitar los tiempos de respuesta y evitar que lo hicieran de manera precipitada.

Se utilizó un instrumento validado por consenso de expertos utilizado por la FES Zaragoza en la investigación de vejeísmo realizada en el 2008,⁵² modificando la ficha de identificación adecuándola para esta investigación y eliminando el apartado de respuestas abiertas del instrumento original. La aplicación se realizó a 91 profesionales de enfermería en una sola ocasión conforme al turno, haciendo varias visitas hasta concluir el número de la muestra.

La colección de los datos se realizó con un instrumento formado por 3 apartados: Primero, ficha de identificación (12 ítems) con características sociodemográficas y profesionales de la población de estudio. El Segundo, con conocimientos básicos de gerontología (proceso de envejecimiento) con 48 ítems con respuesta dicotómica (verdadero/falso) y el Tercero con 34 ítems de adjetivos sobre estereotipos hacia la vejez clasificados en cuatro rubros: Negativos con 16 adjetivos, Positivos con 9, Pueriles con 3 y Sociales con 6. Las respuestas de este apartado tuvieron 5 alternativas de respuesta con escala

de Lickert, cuyas opciones son: *Totalmente de acuerdo* (valor: 5 puntos), *De acuerdo* (4 puntos), *Regular* (3 puntos), *En desacuerdo* (2 puntos) y *Totalmente en desacuerdo* (1 punto).

Para el adecuado análisis estadístico se re-codificaron algunas variables socio-demográficas y profesionales del grupo de estudio en totales, ponderadas y por áreas.

Respecto a la formación académica se manejaron dos jerarquías, el Nivel Licenciatura y el Nivel Técnico; donde el primero se compone de las categorías institucionales: Jefatura de servicio, enfermera general con licenciatura y especialistas con y sin preparatoria. En tanto que en el Técnico, se unieron las categorías de enfermera general sin preparatoria, enfermera general técnica y auxiliar de enfermería con experiencia mínima de 18 años de antigüedad.

El turno se codificó en dos: el diurno, uniendo el matutino y el vespertino; en tanto que el nocturno se consideró la codificación de la jornada institucional de las cuales son: a) clave 2.1, correspondiente a Lunes, Miércoles y Viernes, y b) clave 2.2, Martes, Jueves y Sábado o Domingo.

En cuanto a la Antigüedad Laboral se dividió en dos rangos, el primero de menor o igual a 15 años y el segundo de mayor o igual a 16 años de antigüedad.

Para la evaluación de conocimientos básicos se utilizó un instrumento validado por consenso expertos de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM (ver descripción en el anexo).

VII.5. Análisis estadístico.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0, codificando 12 variables iniciales en nominales y escalares; recodificando las iniciales para obtener un total de 27 variables, siendo las utilizadas para las pruebas estadísticas. Las recodificadas fueron las variables de calificaciones totales de conocimientos básicos de gerontología, como de sus áreas y de los estereotipos, en calificaciones ponderadas y por tipo. Mostrando los resultados en cuadros de análisis y figuras.

Los datos obtenidos se analizaron con estadística descriptiva de los datos cuantitativos (promedio y desviación estándar, Media \pm DE), y como prueba de comparación se utilizó Regresión lineal múltiple y Correlación de Pearson. Se determinaron las frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas, analizando las diferencias con la prueba de Ji cuadrada (χ^2) y *T* de Student (ts); asumiendo los valores cuantitativos.

VIII. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo en una población de 91 profesionales de enfermería en práctica profesional vigente, de un hospital de segundo nivel de atención médica (78 mujeres y 13 hombres) con edad promedio de 41 años.

Con relación a la formación académica, el 56% de los participantes tiene estudios de licenciatura en enfermería y el 44% de nivel técnico. En cuanto al turno laboral, el 55% está adscrito al turno diurno y el 45% al nocturno; y con relación a la antigüedad laboral, el 63% de los participantes tenían una antigüedad de 15 o más años (Cuadro VIII. 1).

La calificación promedio global de conocimientos básicos de gerontología del grupo de participantes fue 7.32 de 10 puntos totales (Figura VIII. 1). El área en donde obtuvieron la calificación más baja fue en la psicológica (6.9 ± 1.2) y la de más alto promedio fue en la social (7.9 ± 0.9) (Cuadro VIII. 2).

Respecto a los factores vinculados con la calificación promedio, no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$) entre la formación académica de licenciatura en comparación con el nivel técnico, ni la antigüedad laboral de más de 15 años (Cuadros VIII. 3 y 4); no obstante, se encontró una calificación relativa más alta en los conocimientos del área biológica, en el turno diurno, en comparación con el nocturno (diurno, 7.52 ± 1 vs. nocturno, 6.89 ± 0.8 , $p < 0.05$) (Cuadro VIII. 5).

En relación a la experiencia laboral con adultos mayores, se observó que el promedio de los conocimientos en el área social fue mayor en el personal de enfermería que reportó tener experiencia profesional con adultos mayores (sin experiencia, 7.53 ± 0.95 vs. con experiencia, 8.03 ± 0.90 , $p < 0.05$) (Cuadro VIII. 6).

Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en nivel de conocimientos *aceptable vs bueno*, en cuanto al grado académico, turno y antigüedad laboral (Cuadros VIII. 7, 8 y 9).

En el Cuadro VIII. 10, se muestra la calificación promedio relativa al predominio de estereotipos, en escala de 1-10, observando que el valor promedio más alto fue el de estereotipos positivos (7.40 ± 1.11).

Tampoco se observaron diferencias significativas relativas a la calificación *aceptable* o *buena*, respecto al predominio del tipo de estereotipos (Cuadro VIII. 11).

Respecto a la influencia de la edad del personal de enfermería (mayores o menores de 35 años de edad), se observó el predominio de estereotipos sociales en el personal de enfermería con edad igual o menor de 35 años (Cuadro VIII. 12).

Se encontró una asociación negativa significativa ($r=-0.276$, $p<0.01$) entre el nivel de conocimientos y el predominio de estereotipos pueriles. Asimismo, se observó una asociación negativa estadísticamente limítrofe ($r=-0.170$, $p=0.054$), entre el nivel de conocimientos y el predominio de estereotipos negativos (Cuadro VIII. 13).

No hubo asociación significativa entre el nivel de conocimientos biológicos básicos sobre envejecimiento y el predominio de estereotipos ($p>0.05$) (Cuadro VIII. 14). No obstante, se encontró asociación negativa significativa entre el nivel de conocimientos psicológicos básicos sobre envejecimiento y el predominio de estereotipos ($r=-0.202$, $p<0.05$). En este sentido, la mayor correlación estuvo en el predominio de estereotipos pueriles ($r=-0.297$, $p<0.01$) y negativos ($r=-0.292$, $p<0.01$) (Cuadro VIII. 15).

Finalmente, no se observó asociación significativa entre el nivel de conocimientos sociales básicos sobre envejecimiento y el predominio de estereotipos ($p>0.05$) (Cuadro VIII. 16).

Cuadro VIII. 1. Características socio-demográficas y profesionales.

Características	n=91
Edad , años (Media \pm DE)	40.67 \pm 9.36
Sexo (%)	
Femenino	78 (86)
Masculino	13 (14)
Formación Académica (%)	
Nivel <i>Licenciatura</i>	51 (56)
Nivel Técnico	40 (44)
Turno (%)	
Diurno	49 (54)
Nocturno	42 (45)
Antigüedad Laboral (%)	
≤ 15 (años)	57 (63)
≥ 16 (años)	34 (37)
Trabaja con Adultos Mayores (%)	
Sí	68 (75)
No	23 (25)

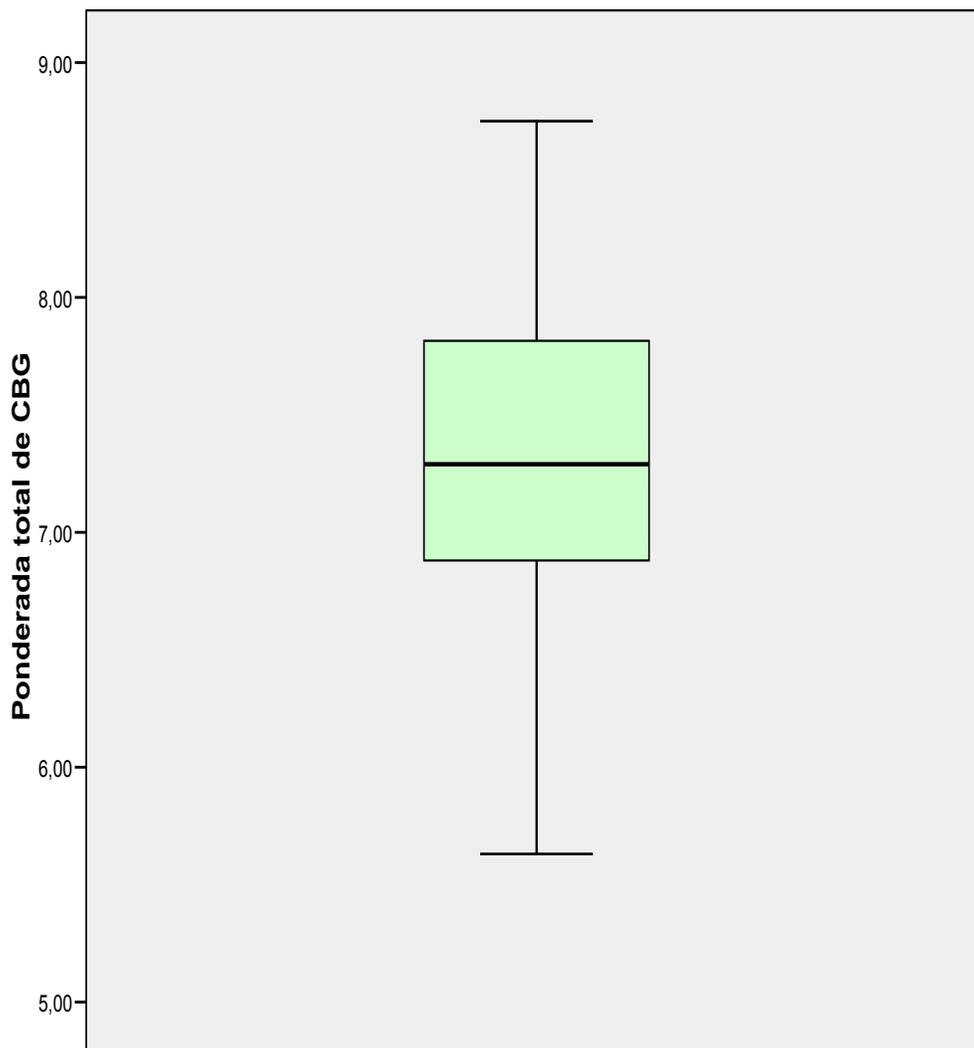


Figura VIII. 1. Nivel de calificación total ponderada de conocimientos básicos de gerontología.

En el gráfico se muestra la media de 7.32 puntos de 10 puntos totales de calificación, respecto a los conocimientos ponderados básicos de gerontología en la población de estudio.

Cuadro VIII. 2. Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área.

Área n= 91	MEDIA ± DE
Biológica	7.23 ± 0.99
Psicológica	6.92 ± 1.22
Social	7.90 ± 0.93

ANOVA, P>0.05

Cuadro VIII. 3. Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y grado académico.

Área	Nivel Licenciatura n= 51	Nivel Técnico n= 40
Total	7.39 ± 0.66	7.24 ± 0.61
Biológica	7.23 ± 1.01	7.23 ± 1.01
Psicológica	7.08 ± 1.10	6.72 ± 1.35
Social	7.92 ± 0.93	7.88 ± 0.95

t-Student. p>0.05

Cuadro VIII. 4. Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y antigüedad laboral.

Área	≤ 15 años de antigüedad n= 57	≥ 16 años de antigüedad n= 34
Total	7.32 ± 0.62	7.33 ± 0.68
Biológica	7.10 ± 0.92	7.44 ± 1.08
Psicológica	7.10 ± 1.15	6.62 ± 1.31
Social	7.83 ± 0.97	8.02 ± 0.86

t-Student p>0.05

Cuadro VIII. 5. Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y turno laboral.

Área	Diurno n= 49	Nocturno n= 42
Total	7.42 ± 0.65	7.21 ± 0.61
Biológica	7.52 ± 1.00*	6.89 ± 0.87
Psicológica	6.91 ± 1.39	6.93 ± 1.02
Social	7.91 ± 0.89	7.88 ± 0.98

t-Student p<0.05

Cuadro VIII. 6. Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y experiencia laboral con adultos mayores.

Área	No Trabaja con Adultos Mayores n= 23 (25%)	Trabaja con Adultos Mayores n= 68 (75%)
Total	7.27 ± 0.79	7.34 ± 0.59
Biológica	7.55 ± 1.08	7.12 ± 0.94
Psicológica	6.77 ± 1.30	6.97 ± 1.20
Social	7.53 ± 0.95	8.03 ± 0.90*

t-Student p < 0.05

**Cuadro VIII. 7. Porcentaje de personas por grado de conocimientos
y grado académico.**

Característica	<i>Acceptable (6-7)</i> n= 78	<i>Bueno (8-10)</i> n= 12
Licenciatura	42 (84 %)	8 (16 %)
Nivel Técnico	36 (90 %)	4 (10 %)

χ^2 con 1 grado de libertad $p>0.05$

**Cuadro VIII. 8. Porcentaje de personas por grado de conocimientos
y turno laboral.**

Característica	<i>Aceptable (6-7)</i> n= 78	<i>Bueno (8-10)</i> n= 12
Diurno	40 (83 %)	8 (17 %)
Nocturno	38 (90 %)	4 (10 %)

χ^2 con 1 grado de libertad $p>0.05$

Cuadro VIII. 9. Porcentaje de personas por grado de conocimientos y antigüedad laboral.

Característica	<i>Aceptable (6-7)</i> n= 78	<i>Bueno (8-10)</i> n= 12
≤ 15 años (antigüedad)	49 (88 %)	7 (12 %)
≥16 años (antigüedad)	29 (85 %)	5 (15 %)

χ^2 con 1 grado de libertad $p>0.05$

Cuadro VIII. 10. Calificación promedio de predominio de estereotipos.

Estereotipo	MEDIA ± DE
Total	6.89 ± 0.81
Social	7.33 ± 0.99
Positivo	7.40 ± 1.11
Negativo	6.51 ± 1.05
Pueril	6.51 ± 1.58

Escala de 1-10. ANOVA. $p > 0.05$

Cuadro VIII. 11. Nivel de conocimientos en relación al predominio por estereotipo.

Calificación	Estereotipo n= 91				
	Total	Social	Positivo	Negativo	Pueril
Aceptable (6 – 7)	6.92 ± 0.83	7.34 ± 1.02	7.44 ± 1.14	6.55 ± 1.09	6.51 ± 1.64
Bueno (8 –10)	6.75 ± 0.69	7.36 ± 0.78	7.20 ± 0.96	6.33 ± 0.73	6.49 ± 1.30

t-Student p>0.05

Cuadro VIII. 12. Edad del personal de enfermería en relación al predominio de estereotipos.

Edad	Estereotipo n= 91				
	Total	Social	Positivo	Negativo	Pueril
Adultos Jóvenes (≤35 años)	7.01 ± 0.67	7.56 ± 0.85*	7.62 ± 1.03	6.56 ± 0.98	6.43 ± 1.30
Adultos Maduros (≥ 36 años)	6.75 ± 0.92	7.05 ± 1.10	7.21 ± 1.13	6.42 ± 1.03	6.57 ± 1.68

t-Student p<0.05

Cuadro VIII. 13. Relación de conocimientos básicos relativos al envejecimiento con el grado de percepción de estereotipos de la vejez.

Variables	Conocimientos Básicos	
	r	p
Total Estereotipos	-0.131	0.107
Estereotipos Negativos	-0.170	0.054
Estereotipos Positivos	0.030	0.388
Estereotipos Pueriles	-0.276	0.004
Estereotipos Sociales	0.043	0.334

Regresión Lineal Múltiple $r=0.326$, $p=0.083$

Cuadro VIII. 14. Relación de conocimientos básicos relativos al envejecimiento por área biológica con el grado de percepción de estereotipos de la vejez.

Variables	Área Biológica	
	r	p
Total Estereotipos	0.043	0.344
Estereotipos Negativos	0.055	0.303
Estereotipos Positivos	0.023	0.413
Estereotipos Pueriles	-0.080	0.225
Estereotipos Sociales	0.074	0.243

Regresión Lineal Múltiple r= 0.225 p= 0.235

Cuadro VIII. 15. Relación de conocimientos básicos relativos al envejecimiento por área psicológica con el grado de percepción de estereotipos de la vejez.

Variables	Área Psicológica	
	r	p
Total Estereotipos	-0.202	0.028
Estereotipos Negativos	-0.292	0.002
Estereotipos Positivos	0.042	0.347
Estereotipos Pueriles	-0.297	0.002
Estereotipos Sociales	0.049	0.321

Regresión Lineal Múltiple r= 0.332 p= 0.072

Cuadro VIII. 16. Relación de conocimientos básicos relativos al envejecimiento por área social con el grado de percepción de estereotipos de la vejez.

Variables	Área Social	
	r	p
Total Estereotipos	-0.018	0.443
Estereotipos Negativos	0.003	0.490
Estereotipos Positivos	0.011	0.459
Estereotipos Pueriles	-0.083	0.217
Estereotipos Sociales	-0.037	0.364

Regresión Lineal Múltiple r= 0.214 p= 0.542

IX. DISCUSIÓN

En relación a los resultados de la población estudiada, llama la atención que la calificación promedio sobre conocimientos básicos en gerontología fue de 7.32 puntos, de un valor máximo de 10, lo cual sugiere que la formación académica en gerontología no es del todo adecuada. Este dato es importante ya que los adultos mayores son atendidos por personal de enfermería con conocimientos insuficientes, por lo que manifiestan diferentes estereotipos con influencia en el cuidado que proporcionan a dicha población. Observación acorde con autores que mencionan que la falta de conocimiento se relaciona con actitudes estereotipadas, prejuiciosas y viejistas hacia los ancianos durante el cuidado a las personas mayores⁵⁰⁻⁵⁸. Sin embargo, esto no demuestra que el cuidado que brinda el grupo de enfermería del estudio al adulto mayor en el área hospitalaria sea deficiente o con ello aumente el riesgo de complicación o exacerbe la patología por la que acudió al hospital el adulto mayor.

Se dividió en tres áreas el conocimiento relativo al envejecimiento para disponer de un panorama más amplio del cuidado que ofrece el grupo de estudio a los adultos mayores, en su estancia hospitalaria. Los resultados arrojaron que la calificación promedio de conocimientos es más alta en el área social y la menor en el área psicológica, siendo la biológica la calificación constante.

En este sentido el conocimiento del área social tuvo mayor significancia en las enfermeras que laboran con adultos mayores, que en las que no lo han hecho constantemente. Debido quizá, por el interés personal de informarse, estar en capacitación continua sobre el tópico, o a la experiencia profesional adquirida a través del trabajo cotidiano con este grupo de edad.^{60, 61, 64, 65}

Al analizar la formación académica con el nivel de conocimientos de gerontología, no se encontró significancia estadística; por lo que se realizó un somero análisis comparativo de las asignaturas con énfasis gerontológico dentro del plan de estudios de algunas escuelas de enfermería de algunas instituciones de nivel superior que ofertan la carrera de enfermería. Esto, a fin de comprender el por qué del déficit de conocimientos o la falta de interés en los mismos por parte de los egresados de enfermería. Lo que concuerda con los estudios donde se vinculan las asignaturas gerontológicas con los estereotipos y actitudes negativas, mayormente hacia los ancianos.^{63, 66, 67-80}

En cuanto a la atención de enfermería al adulto mayor dentro del área hospitalaria, las actitudes de los individuos hospitalizados difieren, dependiendo de la hora del día y la

patología que presentan. Asimismo ocurre con el comportamiento del personal de enfermería dentro de la jornada laboral, siendo diferentes en el turno diurno y el nocturno, debido a que la atención, el razonamiento lógico y los juicios críticos estarán más presentes y activos en estado de alerta durante el horario de trabajo, que en otra hora del día^{102, 103}. Así, se observó un promedio significativamente mayor en el área biológica en las enfermeras del turno diurno, lo cual potencialmente tiene repercusión positiva en el cuidado al anciano, contrarrestando el predominio de las actitudes estereotipadas que puedan mostrar durante esa jornada.

En cuanto a la calificación con porcentaje *Acceptable* y *Bueno* en conocimientos referentes al envejecimiento con relación al grado académico, en el turno y la antigüedad laboral, no se evidenciaron estos como factores determinantes. Lo que permite reflexionar, si realmente ese déficit de conocimientos impacta de manera importante en el cuidado que el personal otorga al adulto mayor en cuanto a la calidad de atención o las actitudes estereotipadas que manifieste hacia la vejez. Así, se considera que la estereotipia^{104, 105} hacia este grupo etario deba tener menor valor que la exigencia y responsabilidad profesional de enfermería durante la práctica hospitalaria y su interacción con el grupo de adultos mayores.^{94 - 98}

Consecuentemente, las personas mayores son percibidas como un grupo heterogéneo donde los rasgos de la personalidad tienen mayor peso que la edad al caracterizar a sus miembros como grupo, dándoles rasgos positivos en algunas sociedades¹⁰⁶. Se aprecia, en relación a los estereotipos encontrados, que en todos los casos supera el promedio de 6 puntos, por lo que podemos aseverar que existe un predominio de imágenes estereotipadas de la vejez en el grupo estudiado de profesionales.

Existe congruencia con la representación social que se tiene sobre los viejos, traducida en imágenes, lenguaje y actitudes presentadas hacia los exogrupos, donde la experiencia personal es acorde con el pensamiento concreto.^{38, 40-43, 107}

Los adultos mayores se ven afectados de manera importante al verse asimilados por los adjetivos hacia la vejez como distintivos aceptados socialmente como estímulo externo exacerbado al cambiar el estereotipo por prejuicio, discriminación o "viejismo".^{51,52} Sin embargo, las actitudes de la población cercana a este grupo etario se manifiestan al referirse a los ancianos clasificando con adjetivos positivos, sociales, pueriles y negativos.¹⁰⁸

En relación a lo anterior, al analizar los estereotipos en el grupo de enfermería con edad madura, se advierte menor predominio de las imágenes estereotipadas de la vejez en el área social, lo cual es acorde con lo reportado por algunos autores respecto a que al ver cercana la

vejez se va modificando la percepción previa.^{86,87,109} Así mismo, los estudios del trabajo con adultos mayores arrojan que la cercanía y el trato directo con ellos disminuye significativamente los estereotipos y prejuicios hacia la vejez en los grupos, y de los profesionales de la salud en este caso.^{83,84,86,89,110}

En ese sentido, encontramos que el porcentaje de conocimientos “bueno” no influyó en el predominio de estereotipos, lo cual sugiere que los conocimientos explorados no fueron suficientes para evidenciar la percepción estereotipada sobre la vejez en la población de estudio. Aunque sí se observó significancia en el tipo de estereotipos, donde los hallazgos encontrados sugieren que al haber mayores conocimientos básicos de gerontología, el predominio de las imágenes estereotipadas del tipo pueril hacia la vejez es menor. Al respecto, de manera errónea, la población que adolece de conocimientos sobre envejecimiento señala que los ancianos “se comportan como niños”, incluso algunos ancianos asumen que “como ya son viejos, deben comportarse como tales”.^{111, 112}

Las situaciones vividas por el anciano respecto al trato como infante, se relacionan con la disminución de la actividad física; dentro del área hospitalaria enfrenta un trato con “vocablos afectuosos” en diminutivo, emitidos por el personal de salud con distintas inflexiones¹¹³. Ocasionando con ello la formación de una concepción estereotipada, compleja, contradictoria y marcada por relaciones de poder, apareciendo el desplazamiento del adulto por el infante, considerándolo incapaz y tomando decisiones los hijos o familiares por el paciente, que lleva a la infantilización del adulto mayor por parte de la familia.¹¹⁴

Con la autopercepción devaluada que hace el anciano de sí mismo puede llegar a la autolimitación y dejar de realizar las actividades de la vida diaria lo que le ocasiona deterioro motriz y cognitivo entre otras, hasta llegar a la dependencia familiar, social y jurídica. En este aspecto, el personal de enfermería posee mayores elementos para mejorar la visión que se tiene de los ancianos, propiciando y motivando a la comunidad derechohabiente para tener un acercamiento a sus familiares adultos mayores, al capacitarles para conocer más sobre el proceso de envejecimiento. Por ello, las acciones que realice encaminadas al cuidado del adulto mayor serán considerando la perspectiva personal, profesional e institucional; evitando apreciaciones negativas o exageradas dando un trato infantilizado, tomando en cuenta que la edad del adulto mayor no lo determina ni lo complementa como individuo.^{82, 112-119}

El resultado de mayor relevancia negativa del estudio está vinculado al nivel de conocimientos de gerontología en el área psicológica, como factor relacionado y determinante en el predominio de imágenes estereotipadas pueriles y negativas de la vejez. Ya que se supondría que a mayores conocimientos en esta área disminuye la influencia de imágenes

estereotipadas, sobre todo en los estereotipos negativos y pueriles. Lo que concuerda con resultados de estudios encontrados sobre estereotipos negativos hacia la vejez, entre los cuales los estudios de psicología muestran que la percepción de la vejez puede ser modificada y cambiadas las actitudes debido al conocimiento del proceso de envejecimiento.⁵¹

En este tenor se han investigado y fundamentado los estereotipos, vinculando la perspectiva de la psicología social con el impacto que provocan en la sociedad en general y en el individuo, en relación al endogrupo como parte de las representaciones sociales. Esta tarea se ha verificado en poblaciones de todas las edades, profesionales en formación y egresados en ejercicio profesional, encontrando cada vez más aristas al tema y nuevos abordajes hacia el grupo geronte.^{35, 38, 45, 114-116} Debido a las concepciones previas y a las que se van elaborando conforme avanza la instrumentación tecnológica e investigativa, se fomenta la búsqueda de nuevas respuestas al tópico de los estereotipos y la relación que tienen en las actitudes manifestadas hacia la vejez.

Sin embargo, en cuanto al análisis curricular, este permite conocer la carga académica de las asignaturas relativas al envejecimiento y el período en el que están programadas, pudiendo inferir que los conocimientos gerontológicos son sustanciales para el logro del objetivo educativo. Encontrando desigualdades en la aplicación de las asignaturas respecto a los períodos de instrucción y escuela de impartición, al no haber consenso para una homologación de los planes de estudio, aún cuando corresponden al mismo sistema o centro educativo. Con esta base, la distribución periódica de las asignaturas del plan de estudios debe ser coherente con las necesidades del sector salud para la inserción expedita de los egresados, por lo que el plan de estudios de la carrera debe ser acorde con las necesidades cambiantes de la población adulta mayor.¹¹⁵

Dentro de este escenario, toma fuerza la relación entre los conocimientos relativos al envejecimiento (encuadrados en la gerontología), principalmente del área psicológica y las actitudes estereotipadas que muestra el grupo de estudio respecto a los estereotipos en general y los sociales, pueriles y negativos en particular. Los resultados muestran la relación entre los conocimientos sobre el envejecimiento y los estereotipos; teniendo significancia estadística para los estereotipos en relación con las áreas, principalmente la psicológica y la social. Estos resultados responden a la pregunta de investigación, al obtener relación entre los conocimientos básicos gerontológicos y los estereotipos.

Aún así, se observa la insuficiencia de la carga académica para solventar las necesidades de una población envejecida al mediano plazo y se considera, con base en los resultados, que el conocimiento gerontológico deba iniciarse en los primeros ciclos del plan de estudios.^{53, 56, 61, 62, 99}

A su vez, tomar en cuenta las experiencias de los alumnos con adultos mayores, para modificar las actitudes estereotipadas pueriles y negativas conforme aumenta su conocimiento sobre el proceso de envejecimiento.

Reafirmando así, la memoria a largo plazo y aumentando el aprendizaje significativo, modificando la percepción hacia el grupo de la tercera edad; y por ende, disminuir las actitudes y los estereotipos hacia la vejez que hayan sido inculcados en el ideario de los alumnos desde el endogrupo de procedencia o durante la formación académica.¹¹⁶

X. CONCLUSIONES

Hipótesis

Considerando los estudios sobre la influencia de los conocimientos teóricos en gerontología sobre las representaciones sociales de la vejez, suponemos que el personal de enfermería con mayor nivel conocimientos en el ámbito gerontológico expresará menos estereotipos vinculados con los cuidados al adulto mayor a nivel hospitalario.

Conclusiones

- ⚙ Nuestrs hallazgos sugieren que la formación académica disciplinaria (grado académico) y la antigüedad laborar (≥ 15 años) no tiene una influencia estadísticamente significativa sobre el nivel de conocimientos básicos sobre gerontología.
- ⚙ Los resultados apoyan la propuesta respecto a que “a mayor nivel de conocimientos sobre gerontología menor expresión de estereotipos vinculados con los cuidados del adulto mayor a nivel hospitalario”.
- ⚙ El nivel de conocimientos más bajo del personal de enfermería fue en el área psicológica vinculada con la mayor frecuencia de estereotipos de tipo pueril.
- ⚙ La experiencia laboral del personal de enfermería con adultos mayores influye significativamente en el nivel los conocimientos básicos de gerontología del área social.
- ⚙ La edad del personal de enfermería (≥ 35 años) se asoció con el predominio de estereotipos sociales.
- ⚙ Se encontró una correlación negativa entre el nivel de conocimientos de gerontología en general y el predominio de estereotipos pueriles.

XI. PERSPECTIVAS

- ⚙ Es necesario replantear los ítems del instrumento respecto a los conocimientos de gerontología en relación a los contenidos de las asignaturas gerontológicas de las escuelas de enfermería.
- ⚙ Es necesario incrementar el tamaño de la muestra para confirmar nuestros hallazgos.
- ⚙ Se requiere motivar al personal de enfermería en el ejercicio profesional activo, para que se especialice en gerontología.
- ⚙ Es indispensable proponer a la jefatura del departamento de enfermería cursos monográficos subsecuentes sobre conocimientos relativos al envejecimiento para todo el personal de enfermería como parte de la capacitación continua.
- ⚙ Se requiere realizar estudios longitudinales comparativos de estereotipos y prejuicios hacia la vejez en el personal de enfermería durante la práctica profesional dentro del área hospitalaria.
- ⚙ Se requieren realizar estudios longitudinales comparativos de estereotipos y prejuicios hacia la vejez en los derechohabientes, para implementar un programa de capacitación para mejorar la calidad de vida en el hogar de la población adulta mayor.
- ⚙ Es indispensable realizar una investigación cuasi-experimental con programas formativos en el campo de la gerontología para verificar la disminución o modificación de los estereotipos y prejuicios hacia la vejez con relación al conocimiento del proceso de envejecimiento en el personal de enfermería.
- ⚙ Es conveniente realizar un análisis extenso de los planes de estudio de la carrera para realizar una propuesta concreta y viable, para disminuir los estereotipos hacia la vejez en el alumnado de enfermería.

XII. REFERENCIAS

1. Universidad Nacional Autónoma de México, CUAED. Mirador universitario. Facultad de medicina. Envejecimiento saludable. ¿Qué es el envejecimiento? Video 2007. Disponible en: <http://mediacampus.cuaed.unam.mx/videos/984/%282007%29-%22%C2%BFqu%C3%A9-es-el-envejecimiento?%22>
2. Gutiérrez LM. El proceso de envejecimiento humano: implicaciones clínicas y asistenciales. Rev Fac Med. UNAM 1998; 41(5):198-206.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. Censo de Población y vivienda 2010. Panorama sociodemográfico de México. México: INEGI; 2011
4. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Censo de población y vivienda 2010. Principales resultados. Disponible en: www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2010/default.aspx?file=Presentacion.pptx
5. Consejo Nacional de Población. Población adulta mayor de México se mantiene activa. Boletín informativo. CONAPO 2010; 23:1-2. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Mexico_D_F_30_de_agosto_de_2010
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y hombres en México 2010. México INEGI 2010. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/MyH_2010.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de Población y vivienda 2010. Conjunto de datos. Población total con estimación por edad según sexo. México: INEGI; 2011 Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt
8. Partida V. Los determinantes demográficos del envejecimiento de la población. Papeles de Población. 1998; 4(17):415-422.
9. Miró GCA. Transición demográfica y envejecimiento demográfico. Papeles de Población 2003; 35(9):9-29
10. Consejo Nacional de Población. República Mexicana: Indicadores demográficos básicos, 1990-2050. México: CONAPO; 2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193
11. Vinuesa J. Análisis del envejecimiento demográfico. Encuentros Multidisciplinares. 2004; 16:1-8
12. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México: INEGI; 2011 Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=28097&upc=702825002042&s=est&tg=320&f=2&pf=Pob&cl=0>
13. Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Enadis 2010. Resultados sobre personas adultas mayores. México: CONAPRED, INAPAM; 2011. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/redes/userfiles/files/Enadis-2010-PAM-Accss.pdf>
14. Frenck J, Lozano R, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina. CELADE, Santiago de Chile. Notas de Población. 1994;12(60):79-101
15. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Morbilidad Hospitalaria. Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades, 2000 a 2009. Secretaría de Salud. DGEPI. Anuarios de morbilidad 2000-2009. Actualización enero de 2012. México: INEGI; DGEPI, SSA 2012. Disponible: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal06&s=est&c=22462>
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2010. Estadísticas de Mortalidad. México: INEGI 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
17. Bancharo C, Andersson AG. Hacia un envejecimiento exitoso. Revista Fortaleza. 2006; 2:46-47
18. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Los derechos humanos en la tercera edad. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México, 1999

19. Universidad Nacional Autónoma de México. CUAED. México: Mirador universitario, Facultad de medicina. Envejecimiento saludable. Serie: Envejecemos con dignidad. 2007; Sesión 2. ¿Cómo se envejece en México? México: UNAM. CUAED; Video 2007. Disponible: <http://mediacampus.cuaed.unam.mx/videos/983/%282007%29-%22%C2%BFc%C3%B3mo-se-envejece-en-m%C3%A9xico?%22>
20. Ramos J, Meza AM, Maldonado I, Ortega MP, Hernández MT. Aportes para una conceptualización de la vejez. Revista de Educación y Desarrollo. 2009; 11:47-56
21. Laforest J. Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Edit. Herder. Barcelona, 1991
22. Amor A, y Cols. Bioética del final de la vida. Envejecimiento y atención al anciano. Rev Sanid Milit. 1999;53(1):56-61
23. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Gerontología comunitaria. México: UNAM. FES Zaragoza; 2004.
24. Langarica R. Gerontología y Geriatria. Edit. Interamericana, México 1987.
25. Instituto de Geriatria. Resumen Ejecutivo. Red Temática: Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social. México: Instituto de Geriatria; 2011. Disponible: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/RESUMEN_EJECUTIVO.pdf
26. Cosiansi JC. Tratado de geriatría: conocimientos fundamentales para el manejo primario del anciano. Buenos Aires: Editorial Brujas; 2002.
27. Sellen E. El envejecimiento del ángulo iridocorneal. Thea Información. 2009;(24):3-11
28. Pérez J, Nogareda C, Salvador E. Envejecimiento y trabajo: la visión. NTP. 1995; 348:1-9
29. Cabello EP, Bahamonde SH. El adulto mayor y la patología otorrinolaringológica. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2008; 19; 21 – 29
30. Pérez J, Salvador E. Envejecimiento y trabajo: audición y motricidad. NTP. 1996; 366:1-13
31. Lagunes R. Biología del Envejecimiento. Revista de Investigación en Ciencias de la Salud. 2008;3(1): 7-12
32. Bernard A. Biología de las células madre. Curso de Biotecnología Aplicada a la Salud Humana. Amgen. 2010: 39-55. Disponible: http://www.amgen.es/web/archivos/biotecnologia9/4_Biologia%20de%20las%20celulas%20madre.pdf
33. Gil P. Fisiología del envejecimiento y su influencia ante la cirugía. Clínicas Urológicas de la Complutense. 1993;(2):25-40
34. González J. Antienvejecimiento y Mantenimiento de la Armonía Corporal. Revista de la Federación Iberoamericana de Sociedades de Medicina Antienvejecimiento y Longevidad. Medicina Antienvejecimiento. 2005;7:37-63
35. Fernández-Ballesteros R. La Psicología de la Vejez. Encuentros Multidisciplinares. 2004;16:1-11
36. Park D, Schwarz N. Envejecimiento cognitivo. Madrid. Médica Panamericana; 2002.p.3-22.
37. Ramírez J. Durkheim y las representaciones colectivas. Representaciones sociales. Teoría e investigación. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Editorial CUCSH-UDG; 2007.
38. Moscovici S. Introducción a la psicología social. Barcelona: Editorial Planeta.; 1975.
39. Jodelet D. Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. Representaciones sociales. Teoría e investigación. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Editorial CUCSH-UDG; 2007.
40. Monchiatti A, Roel CI, Sánchez M, Lombardo E. Representaciones de la vejez. Revista Latinoamericana de Psicología. 2000;32(003):519-536
41. Álvarez J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. México: Editorial Trillas México; 2002.
42. Rodríguez T. Sobre el potencial teórico de las representaciones sociales en el campo de la comunicación. Comunicación y Sociedad. 2009;11:11-36
43. Kassin S, Fein S, Markus HR. Psicología Social. 7ª Ed. Madrid: Editorial Wadsworth, Cengage Learning; 2010.
44. Moscovici S. Psicología Social I. Influencia y cambios de actitudes. Individuos y grupos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1991.

45. Turiano J. Teorías sociocriminales y prevención de la delincuencia. *Documenta Laboris*. 2002; 4: 193-238.
46. Ruiz-Ortíz FS. Objeto de la criminología, el control social. Cuadernos de criminología (IV). Disponible en: <http://www.ascolcrim.es/articulos/cuaderno04.htm>
47. Silbey S. Identidad y diferencia. Programa de Antropología MITOPENCOURSEWARE. M.I.T. O.C.W. 2002;21A-218J. Disponible en: <http://mit.ocw.universia.net/21A-218JIdentity-and-DifferenceFall2002/OcwWeb/Anthropology/21A-218JIdentity-and-DifferenceFall2002/CourseHome/index.htm>
48. Mendoza V. Un estudio sobre discriminación, el caso de la Escuela Primaria Alberto Correa. México: Tesis de Maestría. FLACSO – México; 2009 Disponible en: <http://www.flacsoandes.org/dspace/handle/10469/1324>
49. Allport GW. The nature of prejudice. Washington: Edit. Addison-Wesley Pub Co.; 1954
50. Montañés J, La-Torre JM. Psicología de la vejez. Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento. La Mancha: Universidad de Castilla – La Mancha. Cuenca; 2004
51. Melero J, Buz J. Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes. Madrid, IMSERSO; 2002;9:1-99.
52. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Viejismo, Prejuicios y Estereotipos de la vejez. México: FES Zaragoza, UNAM; 2008.
53. Dulcey E, Ardila R. Actitudes hacia los ancianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1976; 8(1):857-67.
54. Sánchez AN. Imagen y estereotipos acerca de los ancianos en Venezuela. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1982; 14(3):363-383.
55. Escovar H. Estereotipos e imagen del anciano. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1987;19(001):51-62
56. Bazo MT. La ancianidad a través de los/as jóvenes. *Papers*. 1992;40:57-73
57. Sáez N, Meléndez JC, Aleixandre M. Los estereotipos en los Ancianos: un estudio Empírico y sus resultados. *Revista de Psicología de la Educación*. 1994;(14):75-89
58. Gil M, Trujillo O. Estereotipos hacia los ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1997;13(1):34-39
59. Molina JA. Estereotipos hacia los ancianos. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic*. 2000;53(3):489-501
60. McLafferty E. A comparison of nurse teachers' and student nurses' attitudes toward hospitalized older adults. *Nurse Education Today*. 2005;25(6):472-479
61. Gallagher P. Preconceptions and learning to be a nurse. *Nurse Educ Today*. 2007;27(8):878-884
62. Hoessler C, Chasteen AL. Does aging affect the use of shifting standards? *Exp Aging Res*. 2008; 34(1):1-12.
63. Sánchez C, Trianes MV, Blanca MJ. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(3):124-129.
64. Gázquez JJ, Pérez-Fuentes MC, Fernández M, González L, Ruiz I, Díaz A. Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *Eur J Educ Psycho*. 2009; 2(3):263-273.
65. Amico LC. Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Margen*. 2009;55:1-30
66. Herrera S, Montorio I, Cabrera I. Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(6): 339-342
67. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª Ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2007.
68. Durán MM. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*. 2002; 2(2):27-18.
69. Medina JL, Castillo S. La Enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto Enfermagen*. 2006;15(2):303-311
70. Liedloff J. El Concepto del Continuum. En busca del bienestar perdido. Madrid: Editorial OB STARE; 2009

71. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, Gorham W, et al. La Educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el Siglo XXI. New York: UNESCO; 1996.p.1-156. Disponible en: http://www.educa.madrid.org/cms_tools/files/6bebccef-888c-4dd6-b8c1-d0f617656af3/La_educacion.pdf
72. Ospina BE. Diseño de proyecto educativo. Seminario de tópicos selectos de educación en enfermería. México: ENEO-UNAM; 2009.
73. López R, Torres M. Praxis en enfermería: implicaciones. Revista Enfermería Universitaria. 2009;6(4):35-37.
74. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona: Editorial Laertes; 1998.
75. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: Edit. Fondo de Cultura Económica; 2006.
76. Díaz A. Didáctica y currículum. Convergencias en los programas de estudio. México: Edit.orial Paidós; 2006.
77. Ariza C. La enfermería como ciencia. Memorias del III Congreso de profesionales de enfermería clínica. Revista de Enfermería. 2007;10(1). Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/REVISTA10_1_2007/memorias_congreso.htm
78. Nigenda G, Ruiz JA, Bejarano R. Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. Salud Pública Mex. 2006; 48(1):22-29.
79. Medina JL, Castillo S. La Enfermería como una práctica reflexiva. Texto & Contexto. Enfermagen. 2006;15(2):303-311
80. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de estudios. México: ENEO, UNAM. Consultado: febrero de 2012. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales/licenciaturaenenfermeriayobstetricia.php#organizacion>
81. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Plan de Estudios. México: FES Iztacala, UNAM. 2003. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/> http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_planest.php
82. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Plan de Estudios. México: FES Zaragoza, UNAM. Consultado en febrero de 2012. Disponible en: <http://www.zaragoza.unam.mx/>
83. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de estudios. México: ENEO, UNAM. Consultado: febrero de 2012. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales/licenciaturaenenfermeriayobstetricia.php#organizacion>
84. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Plan de Estudios. México: FES Iztacala, UNAM. 2003. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/> http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_planest.php
85. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Plan de Estudios. México: FES Zaragoza, UNAM. Consultado en febrero de 2012. Disponible en: <http://www.zaragoza.unam.mx/>
86. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Plan de Estudios. México: ESEO, IPN. 2011 Disponible: http://www.eseo.ipn.mx/WPS/WCM/CONNECT/7ABD090048C7256FBC40BF1B862A7E8/MAPA_CURRICULAR0CA7.PDF?MOD=AJPERES&ContentCache=NONE
87. Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de servicios. Plan de Estudios. México: CETIS, DGTI, SEP. 2010. Disponible en: <http://www.dgeti-intranet.sep.gob.mx/planesyprogramas/muestraCarrera.php?idcarrera=22&clavecarrera=BTESAEG09&niocarrera=2010>
88. Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de servicios. Plan de Estudios. México: CETIS, DGTI, SEP. 2007. Disponible en: <http://www.dgeti-intranet.sep.gob.mx/planesyprogramas/muestraCarrera.php?idcarrera=23&clavecarrera=BTESAGE07&niocarrera=2007>
89. Enfermería General del Bachillerato Tecnológico. Plan de Estudios. México: CONALEP, SEP. 2009. Disponible en: http://www.conalepslp.edu.mx/carreras/planes-de-estudio/m_enfermeria.pdf

90. Instituto Marillac. Plan de Estudios. México: IAP. Consultado: febrero de 2009. Disponible en: <http://www.institutomarillac.edu.mx/licenciatura.html>
91. Escuela de Enfermería Escandón. Plan de Estudios. México: Hospital Escandón, SEP. 2010. Disponible en: <http://eeescandon.blogspot.mx/>
92. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Plan de Estudios. México: UAEM. 2008 – 2012. Disponible en: <http://www.uaemex.mx/fenfermeria/licenciaturas.html>
93. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Enfermería. Plan de Estudios. México: UAEM. 2011. Disponible en: http://www.uaem.mx/enfermeria/plan_estudios.html
94. Facultad de Enfermería. Plan de Estudios. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México: BUAP Consultado en febrero de 2012. Disponible en: http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/EDUCATIVA/enfermeria_1
95. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Facultad de Ciencias de la Salud. Licenciatura en Enfermería. Plan de Estudios y Plan de Reestructuración. México: UAT, 2002 y 2007. Disponible en: http://www.uatx.mx/oferta_academica/index.php?programa=32&plan=413&width=1366&height=768 y http://www.uatx.mx/oferta_academica/index.php?programa=32&plan=2237
96. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Licenciatura en Gerontología. Mapa Curricular. México: UAEM, 2008. Disponible en: <http://www.dep.uaemex.mx/planes/dspmapcur.asp?pe=70&tpo=m>
97. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Licenciatura en Gerontología. Plan de estudios. México: UAEM, 2008. Disponible en: <http://www.dep.uaemex.mx/planes/dspmapcur.asp?pe=70&tpo=g>
98. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Planes de Estudio de la UAEM, Licenciatura en Gerontología. UAEM, 2008. Disponible en: <http://www.dep.uaemex.mx/planes/dspmapcur.asp?pe=70&tpo=g>
99. Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas AR, Sánchez M. La atención a los ancianos: un diseño para los años noventa. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 546; 1994.p.344-245.
100. Acosta C, Dávila M, Rivera M, Rivas J. Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso. Envejecimiento Humano, Una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátria; 2010.p.147-156.
101. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/?type=3&val=admonitivo&val_aux=&origen=REDRAE
102. Worchel S, Cooper J, Goethals GR, Olson JM. Psicología Social. México, Editorial International Thomson; 2002.
103. Sánchez JM, Pérez FJ. Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores. Facultad de Psicología, Universidad de las Islas Baleares. Tesis de Doctorado; 2004. Disponible en: <http://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/9443/tmsg1de1.pdf?sequence=1>
104. Cano I, Ros M. Imagen y norma social sobre la estereotipia. Revista de Psicología Social. 1994;9(1,1):43-64.
105. Steele CM. Thin ice: "Stereotype threat" and black college students. The Atlantic Monthly 1999;284(2):44-47,50-54 available from: <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/1999/08/thin-ice-stereotype-threat-and-black-college-students/304663/>
106. Kristensen B. Percepciones sociales hacia las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO). Comunicación e Persoas Maiores; 2007:47-56.
107. Martínez ML, Mendoza VM. El Viejismo en la enseñanza de la gerontología y sus repercusiones en las prácticas significantes de docentes y alumnos. Santiago de Chile: Universidad Central de Chile. 2009:80-91
108. Gómez T. Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura. Extremadura: Tesis de Doctorado. Universidad de Extremadura, España. 2003. Disponible en:

<http://www.mastesis.com/tesis/heteroestereotipos+y+autoestereotipos+asociados+a+la+vejez+e:100789>

109. Egurza MI, Notivol P. La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. ANALES del Sis San Navarra. 2009;22(S1):9-17
110. Maldonado M, Alva MM. Todos necesitamos una enfermera. Rev Mex Enfer Cardiol. 2004;12(2): 48-49.
111. Cruz M, Miranda C. Muerte social. México Social. 2011;(13):20-22.
112. Leturia FJ, Yanguas JJ. Intervenciones psicosociales y comportamentales con personas mayores en recursos sociosanitarios. Matia Fundazioa. 2001:1-43
113. Leturia FJ, Etxaniz N. Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato. FIAPAM. 2009
114. Danel PM. Algunas pistas para reflexionar sobre la construcción social de la vejez con dependencia. ¿Ocultar el deterioro es la respuesta socialmente tolerable? Escenarios. 2009;14:82-91
115. Vargas E. Envejecimiento de la Población. Foro Inter-Académico en problemas de salud global. México: Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM); 2006.
116. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Correa-Muñoz E. Perceptions on the importance of gerontological education by teachers and students of undergraduate health sciences. BMC Med Educ 2007;1:available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/1>

XIII. ANEXOS

Índice de Figuras

Figura N°	Título	Página
III. 1.	Distribución porcentual de la Población de Adultos Mayores	16
III. 2.	México: Pirámide de edades a inicio de año, 2000 y 2051	17
III. 3.	INEGI. Morbilidad de 10 años.	22
III. 4.	Mortalidad Censo 2010	23
III. 5.	Enfoque Multidimensional del Envejecimiento y la Vejez	25
III. 6.	Factores del Envejecimiento	26
III. 7.	Ámbitos del Proceso de Envejecimiento.	27
III. 8.	Integridad en la vejez.	30
III. 9.	Adolescencia de la vejez.	31
III. 10.	Intercambio entre ambiente y factores bióticos y abióticos.	33
III. 11.	El Envejecimiento Humano, un Fenómeno Multifactorial	35
III.12.	Estimación de ganancias y pérdidas en características psicológicas	40
III.13.	Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo con el envejecimiento	43
III. 14.	Las esferas de pertenencia de las representaciones sociales.	51
III. 15.	Primera fórmula. Ciencia del conflicto entre el individuo y la sociedad.	54
III. 16.	Segunda fórmula. Ciencia de los fenómenos de la ideología y la comunicación.	55
III. 17.	Teoría de la Identidad Social	59
III. 18.	Teoría del rol social en los estereotipos de género.	69
III. 19.	Estereotipos de Edad.	71
III. 20.	Diagrama de la formación de recursos humanos en enfermería.	87
III. 21.	Desglose del total de unidades de aprendizaje (UA) y créditos de la Licenciatura en Gerontología	98
III. 22.	Desglose de Núcleos de formación del Plan de estudios de la Licenciatura en Gerontología	99
VIII. 1.	Nivel de calificación total ponderada de conocimientos básicos de gerontología.	113

Índice de Cuadros

Cuadro N°	Título	Página
III. 1.	Datos demográficos de la población adulta mayores respecto a las características tomadas en el Censo poblacional del 2010.	20
III. 2.	Cambios fisiológicos y morfológicos. Órganos de los sentidos.	36
III. 3	Activación automática de estereotipos: factores importantes	68
III. 4.	Estudios relativos a los estereotipos hacia la vejez	73
III. 5.	Instituciones educativas con oferta de la carrera de enfermería en el D.F. y estados aledaños. Asignaturas curriculares sobre envejecimiento y vejez	89
VII. 1.	Operacionalización de variables	104
VIII. 1.	Características Sociodemográficas y Profesionales	112
VIII. 2.	Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área.	114
VIII. 3.	Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y grado académico	115
VIII. 4.	Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y antigüedad laboral	116
VIII. 5.	Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y turno laboral	117
VIII. 6.	Nivel de conocimientos relativos al envejecimiento por área y experiencia laboral con adultos mayores	118
VIII. 7.	Porcentaje de personas por grado de conocimientos y grado académico	119
VIII. 8.	Porcentaje de personas por grado de conocimientos y turno laboral	120
VIII. 9.	Porcentaje de personas por grado de conocimientos y antigüedad laboral.	121
VIII. 10.	Calificación promedio de dominio de estereotipos.	122
VIII. 11.	Nivel de conocimientos en relación al predominio por estereotipo.	123
VIII. 12.	Edad del personal de enfermería en relación al predominio de estereotipos	124
VIII. 13.	Relación de conocimientos básicos relativos a envejecimiento con el grado de percepción de estereotipos de la vejez	125
VIII. 14.	Relación de conocimientos básicos relativos al envejecimiento por área biológica con el grado de percepción de estereotipos de la vejez	126
VIII. 15.	Relación de conocimientos básicos relativos al envejecimiento por área psicológica con el grado de percepción de estereotipos de la vejez	127
VIII. 16.	Relación de conocimientos básicos relativos al envejecimiento por área social con el grado de percepción de estereotipos de la vejez	128

Descripción del Instrumento aplicado.

Se realizó consentimiento informado y resolución de dudas al personal que deseara participar en la investigación, el cual fue aceptado por los participantes antes de la aplicación del instrumento de obtención de datos.

Este instrumento está validado por consenso de expertos de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM; aplicado en la investigación "*Perceptions on the importance of gerontological education by teachers and students of undergraduate health sciences*",¹²⁷ el cual se adecua para la presente investigación previa autorización verbal del autor.

Contiene tres apartados, el primero se refiere a las características sociodemográficas de la población de estudio con 12 ítems; el segundo corresponde a conocimientos básicos de gerontología con 48 ítems de respuesta dicotómica de verdadero y falso; y el tercero, con adjetivos relativos a estereotipos de la vejez con 34 ítems con cinco opciones de respuesta en escala de Likert con valor mínimo de 1 (Totalmente en desacuerdo) y máximo de 5 (Totalmente de acuerdo).

Primer apartado

Corresponde a la ficha de identificación del participante de la investigación, tomando en cuenta varios aspectos. El primero son datos personales (edad, sexo). El segundo, datos respecto a la profesión de enfermería. El tercer grupo de datos se refiere a la situación laboral y la categoría institucional a la que pertenece el participante y finalmente, datos respecto a su relación con los adultos mayores.

Segundo apartado.

Corresponde a los conocimientos de gerontología. Se clasificaron en tres áreas: Biológica, Psicológica y Social, agrupándose los ítems de la siguiente manera:

Área Biológica
<ol style="list-style-type: none">1. La mayoría de los adultos mayores tienen la enfermedad de Alzheimer.2. El tiempo de reacción de los adultos mayores tiende a ser más lento que el de los jóvenes.3. Los adultos mayores tienen más problemas para dormir que los adultos jóvenes.4. La presión sanguínea aumenta con la edad.5. Los adultos mayores transpiran menos, entonces son más propensos a padecer hipertermia.6. Todas las mujeres desarrollan osteoporosis cuando envejecen.7. La altura de las personas tiende a disminuir en la vejez.8. La fuerza física disminuye en la vejez.9. La capacidad de la vejiga disminuye con la edad, lo cual provoca incontinencia urinaria.10. La función del riñón no se afecta con la edad.11. Cuando las personas envejecen, aumenta más el estreñimiento.12. Los cinco sentidos tienden a disminuir con la edad.13. Cuando las personas viven más tiempo, se enfrentan a menos estados agudos y más estados crónicos de salud.14. Muchos ancianos que conducen son capaces de manejar un vehículo de forma segura.15. Cerca del 80% de los ancianos son lo suficientemente saludables para realizar sus actividades normales.16. La capacidad pulmonar tiende a disminuir con la edad.

Psicológica
<ol style="list-style-type: none">1. Cuando las personas envejecen, su inteligencia disminuye significativamente.2. Es muy difícil para los adultos mayores aprender nuevas cosas.3. La personalidad cambia con la edad.4. La pérdida de memoria es parte normal del envejecimiento.5. La depresión clínica se da con mayor frecuencia en ancianos que en las personas jóvenes.6. La mayoría de los ancianos son enojones e irritables.7. Los trabajadores ancianos no pueden trabajar tan efectivamente como los trabajadores jóvenes.8. Muchos adultos mayores se comportan a su manera y es imposible que cambien.9. La mayoría de los ancianos son aburridos.10. En general, los ancianos son semejantes en su forma de ser.11. Las personas mayores tienden a ser más religiosos cuando van envejeciendo.12. Los ancianos tienen más miedo de un crimen que las personas de menos de 60 años.13. Los ancianos no se adaptan tan bien como los jóvenes cuando los reubican en un nuevo ambiente.14. La mayoría de los ancianos se sienten miserables la mayor parte del tiempo.15. Los ancianos se tardan más en recuperarse del estrés físico y psicológico.16. Las ancianas muestran mejores prácticas en el cuidado de su salud que los ancianos.

Área Social

1. Los adultos mayores están en riesgo de SIDA/VIH
2. El alcoholismo y el abuso de alcohol son significativamente más problemáticos en la población adulta de más de 60 años que en la de menos de 60 años.
3. Los adultos mayores son el grupo que tiene la más alta tasa de suicidio.
4. Muchos adultos mayores pierden la capacidad y el interés en las relaciones sexuales.
5. La mayoría de los ancianos viven solos.
6. Los adultos mayores tienen menos temor hacia la muerte que los jóvenes o adultos de mediana edad.
7. Gente de 60 años de edad son el 20% de la población de México.
8. Cada vez más adultos mayores están viviendo en asilos o clínicas de reposo.
9. La proporción de los viudos ha disminuido entre los ancianos.
10. La esperanza de vida de los hombres de más de 60 años es la misma que la de las mujeres.
11. Las pensiones y las jubilaciones son una carga social.
12. Vivir debajo o cerca del nivel de pobreza no es un problema significativo para muchos ancianos.
13. Los ancianos tienen una tasa más alta de ser víctimas que las personas menores de 60 años.
14. La participación en organizaciones voluntarias (iglesias y clubes) tiende a disminuir entre los adultos mayores.
15. El abuso de adultos mayores no es un problema significativo en México.
16. Los ancianos votan más que cualquier otro grupo.

Tercer apartado

Se refiere a los estereotipos hacia la vejez. Se agruparon en cuatro tipos quedando de la siguiente manera:

PUERILES		SOCIALES		POSITIVOS		NEGATIVOS	
1	Caprichoso	1	Divertido	1	Bondadoso	1	Achacoso
2	Infantil	2	Flexible	2	Cariñoso	2	Cansado
3	Maniático	3	Respetable	3	Comprensivo	3	Chismoso
		4	Sociable	4	Confiado	4	Chocho
		5	Solitario	5	Generoso	5	Ideático
		6	Útil	6	Paciente	6	Irritable
				7	Sabio	7	Lento
				8	Sencillo	8	Machacón
				9	Sincero	9	Malhumorado
						10	Necio
						11	Parlanchín
						12	Pesado
						13	Pesimista
						14	Preocupado
						15	Rabo verde
						16	Susceptible

Instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLABORACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

Yo¹ _____ el día _____ de _____ del 2009.

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada.² He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre la investigación a realizar. He recibido respuestas satisfactorias a mis dudas e interrogantes. He hablado con la Investigadora y entiendo que la participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio: 1.- Cuando lo desee y 2.- Sin que tenga que dar explicaciones.

También he sido informada(o) de forma clara, precisa y suficiente de que los datos personales que se contienen en este consentimiento y en los cuestionarios que responda para la investigación serán: Tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y conforme a la normatividad vigente de protección de datos. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercer mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Doy mi consentimiento sólo para que los resultados sean utilizados exclusivamente en la investigación de la que se me ha informado, sin posibilidad de compartir o ceder éstos, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para **MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN CON TÍTULO: "IDENTIFICAR LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS ANTE LA VEJEZ, DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL"** hasta que decida lo contrario.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del colaborador: _____ Firma: _____

Identificación del Grupo/Instituto/Centro/Otros, responsable de la investigación:

Nombre de la investigadora: Lic. Lyzzón E. Carreño Sánchez Firma: 

Dirección electrónica de contacto del Investigador responsable de la investigación y del manejo de los datos: rosita_mística@yahoo.es

¹ Indicar el nombre completo.

² Se anexa carta de información a este documento.



INSTRUCCIONES

Le solicitamos **responda de manera veraz, fidedigna y clara. La información solicitada será personal y confidencial utilizada exclusivamente para fines académicos dentro de la investigación: "Identificar los factores relacionadas con los prejuicios y estereotipos ante la vejez del personal de enfermería de un hospital de segundo nivel"**

I. DATOS GENERALES

1. EDAD: _____
2. SEXO: () 1. MASCULINO () 2. FEMENINO
3. ESPECIALIDAD: _____
4. CATEGORÍA INSTITUCIONAL: () 1. E.J.S. () 2. E.E. () 3. E.G. () 4. A.E. 5. OTRO _____
5. NIVEL ACADÉMICO _____
6. TURNO: () 1. MATUTINO () 2. VESPERTINO () 3. NOCTURNO (A) () 4. NOCTURNO (B)
7. ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN: _____
8. SERVICIO ACTUAL: _____
9. ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO: _____
10. ¿Actualmente trabaja con Adultos Mayores? () 1. SÍ () 2. NO
11. Si aún viven sus padres señale su edad dentro del paréntesis.
() 1. EDAD DEL PADRE () 2. EDAD DE LA MADRE
12. Si aún viven sus abuelos señale su edad dentro del paréntesis
() 1. ABUELO PATERNO () 2. ABUELA PATERNA
() 3. ABUELO MATERNO () 4. ABUELA MATERNA

II. Responda si la opción es verdadera o falsa según su criterio.

- 1 V F La mayoría de los adultos mayores tienen la enfermedad de Alzheimer.
- 2 V F Cuando las personas envejecen, su inteligencia disminuye significativamente.
- 3 V F Es muy difícil para los adultos mayores aprender nuevas cosas.
- 4 V F La personalidad cambia con la edad.
- 5 V F La pérdida de memoria es parte normal del envejecimiento.
- 6 V F El tiempo de reacción de los adultos mayores tiende a ser más lento que de los jóvenes
- 7 V F La depresión clínica se da con mayor frecuencia en ancianos que en las personas jóvenes.
- 8 V F Los adultos mayores están en riesgo de SIDA/VIH
- 9 V F El alcoholismo y el abuso de alcohol son significativamente más problemáticos en la población adulta de más de 60 años que en la de menos de 60 años.
- 10 V F Los adultos mayores tienen más problemas para dormir que los adultos jóvenes.
- 11 V F Los adultos mayores son el grupo que tiene la más alta tasa de suicidio.
- 12 V F La presión sanguínea aumenta con la edad.
- 13 V F Los adultos mayores transpiran menos, entonces son más propensos a padecer hipertermia.
- 14 V F Todas las mujeres desarrollan osteoporosis cuando envejecen.
- 15 V F La altura de las personas tiende a disminuir en la vejez.
- 16 V F La fuerza física disminuye en la vejez.
- 17 V F Muchos adultos mayores pierden la capacidad y el interés en las relaciones sexuales.
- 18 V F La capacidad de la vejiga disminuye con la edad, lo cual provoca incontinencia urinaria.
- 19 V F La función del riñón no se afecta con la edad.
- 20 V F Cuando las personas envejecen, aumenta más el estreñimiento.
- 21 V F Los cinco sentidos tienden a disminuir con la edad.
- 22 V F Cuando las personas viven más tiempo, se enfrentan a menos estados agudos y más estados crónicos de salud.
- 23 V F La mayoría de los ancianos viven solos.
- 24 V F Los adultos mayores tienen menos temor hacia la muerte que los jóvenes o adultos de mediana edad.
- 25 V F Gente de 60 años de edad son el 20% de la población de México.
- 26 V F Cada vez más adultos mayores están viviendo en asilos o clínicas de reposo.
- 27 V F La proporción de los viudos ha disminuido entre los ancianos.
- 28 V F La esperanza de vida de los hombres de más de 60 años es la misma que la de las mujeres.
- 29 V F La mayoría de los ancianos son enojones e irritables.
- 30 V F Las pensiones y las jubilaciones son una carga social.
- 31 V F Vivir debajo o cerca del nivel de pobreza no es un problema significativo para muchos ancianos.

- 32 V F Muchos ancianos que conducen son capaces de manejar un vehículo de forma segura.
- 33 V F Los trabajadores ancianos no pueden trabajar tan efectivamente como los trabajadores jóvenes.
- 34 V F Muchos adultos mayores se comportan a su manera y es imposible que cambien.
- 35 V F La mayoría de los ancianos son aburridos.
- 36 V F En general, los ancianos son semejantes en su forma de ser.
- 37 V F Los ancianos tienen una tasa más alta de ser víctimas que las personas menores de 60 años.
- 38 V F Las personas mayores tienden a ser más religiosos cuando van envejeciendo.
- 39 V F Los ancianos tienen más miedo de un crimen que las personas de menos de 60 años.
- 40 V F Los ancianos no se adaptan tan bien como los jóvenes cuando los reubican en un nuevo ambiente.
- 41 V F La participación en organizaciones voluntarias (iglesias y clubes) tiende a disminuir entre los adultos mayores.
- 42 V F La mayoría de los ancianos se sienten miserables la mayor parte del tiempo.
- 43 V F El abuso de adultos mayores no es un problema significativo en México.
- 44 V F Los ancianos votan más que cualquier otro grupo.
- 45 V F Los ancianos se tardan más en recuperarse del estrés físico y psicológico.
- 46 V F Cerca del 80% de los ancianos son lo suficientemente saludables para realizar sus actividades normales.
- 47 V F Las ancianas muestran mejores prácticas en el cuidado de su salud que los ancianos.
- 48 V F La capacidad pulmonar tiende a disminuir con la edad.

III. A continuación encontrará una serie de características con las que habitualmente se identifica a las personas mayores, identifique el grado de acuerdo con las afirmaciones.

1. Solitario

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

2. Bondadoso

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

3. Cariñoso

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

4. Generoso

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

5. Confiado

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

6. Machacones

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

7. Maniáticos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

8. Sencillos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

9. Achacosos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

10. Lentos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

11. Sabios

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

12. Malhumorados

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

13. Chismosos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

14. Pesimistas

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

15. Irritables

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

16. Preocupados

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

17. Pacientes

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

18. Sinceros

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

19. Susceptibles

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

20. Pesados

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

21. Infantiles (se comportan como niños)

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

22. Caprichosos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

23. Sociables

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

24. Respetables

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

25. Chochos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

26. Comprensivos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

27. Divertidos

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

28. Útiles

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

29. Flexibles

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

30. Parlanchines

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

31. Rabo verde

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

32. Cansado

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

33. Necio

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

34. Ideático

() Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Regular () En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo

Agradecemos su participación