



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras
y Ciencias de la Educación

Carrera de
Psicología Clínica

**ESTILO DE VIDA EN EL ENVEJECIMIENTO
IDENTIFICANDO ESTEREOTIPOS
FRECUENTES DENTRO DE ESTE**

Autoras:

**María José Miranda Sánchez., Jamieth Lorena Pesántez
Carrión**

Directores:

Mg. Verónica Serrano Crespo

**Cuenca – Ecuador
2021**

DEDICATORIA

A nuestros padres, por el esfuerzo y dedicación invertido en nuestra formación académica a lo largo de estos años, por la enseñanza de cualidades como disciplina, responsabilidad y perseverancia que nos ayudó a cumplir con una de las metas importantes para nuestro futuro deseado.

A Victoria y Carlos por ser gran parte de la motivación para lograr culminar esta etapa de la mejor manera posible.

AGRADECIMIENTO

Gracias a nuestros padres, Lorena, Armando y Lourdes por otorgarnos su amor y apoyo incondicional.

A la Universidad del Azuay por brindar un financiamiento becario, y de esta manera hacer posible la culminación de la carrera.

A las personas que ayudaron para que este proyecto se llevara a cabo, como nuestros amigos, parejas, familiares y conocidos.

A Mg. Verónica Serrano, tutora de tesis, por su guía y orientación en este trabajo investigativo.

RESUMEN:

En la actualidad se han evidenciado estigmas sociales hacia los adultos mayores, en muchas ocasiones provenientes de su propia población; generando una perspectiva negativa del envejecimiento sin antes haber considerado su estilo de vida.

La investigación fue de tipo no experimental, transversal, con un enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo.

El objetivo de la investigación fue comparar el estilo de vida durante el envejecimiento en relación con los estereotipos frecuentes dentro de este. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario CENVE y el test CYPAC-AM aplicados a 75 personas de la tercera edad entre 65-85 años. La mayor parte de la población presentó un grado medio-alto de creencias negativas hacia su propio grupo de edad a pesar de que el estilo de vida que predominó fue el parcialmente saludable, no encontrando una relación de concordancia entre los estereotipos y el estilo de vida actual.

Palabras clave: adulto mayor, autocuidado, envejecimiento, estereotipos, estilo de vida.

ABSTRACT:

Nowadays, social stigmas towards elder people have been evidenced, sometimes coming from their own population. This has caused a negative perspective on aging without first considering their lifestyle. This study followed a non-experimental design and a quantitative methodological approach. The kind of research is cross-sectional with a descriptive scope. The purpose of this research was to compare the lifestyle during aging in relation to the frequent stereotypes associated with it. The instruments used were the CENVE questionnaire and the CYPAC-AM test applied to 75 elderly people between 65- 85 years old. Most of the population presented a medium-high level of negative beliefs towards their own age group despite the fact that the predominant lifestyle was partially healthy. No concordance relationship between the stereotypes and the current lifestyle was found.

Keywords: aging, elderly people, lifestyle, self-care, stereotypes.

Translated by:



María José Miranda Sánchez.



Jamileth Lorena Pesántez Carrión



Language Unit

ÍNDICE

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1.-	2
1. MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Envejecimiento.....	2
1.1.1 Antecedentes históricos	2
1.1.2 Definición	3
1.1.3 Características	4
1.1.4 Datos estadísticos	6
1.1.5 Tipos	7
1.1.6 Estilos de vida	10
1.2 Viejismo	11
1.2.1 Origen	11
1.2.2 Definición	12
1.2.3 Causas	13
1.2.4 Consecuencias	15
1.2.5 Prevalencia.....	16
CAPÍTULO 2	18
2. METODOLOGÍA	18
2. 1 Objetivos.....	18
2. 1. 1 Objetivo general	18
2. 1. 2 Objetivos específicos	18
2.2 Población y muestra	18
2.3 Instrumentos.....	19
2. 3. 1 CENVE (ver anexo 2).....	19
2. 3. 2 CYPAC- AM (ver anexo 3).	19
CAPÍTULO 3	22
3. RESULTADOS	22
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS	36

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1: Rango de edad y sexo de la muestra estudiada	22
Tabla 2: Medida de tendencia central y dispersión.....	22
Tabla 3: Estereotipos de la dimensión salud y sus porcentajes de respuesta	23
Tabla 4: Estereotipos de la dimensión motivación-social y sus porcentajes de respuesta	24
Tabla 5: Estereotipos de la dimensión carácter-personalidad y sus porcentajes de respuesta	24
Tabla 6: Número de participantes pertenecientes al rango de medición de acuerdo con las 8 categorías del test CYPAC-AM	26
Tabla 7: Estilos de vida.....	28

Figuras

Figura 1: Porcentaje de los estereotipos frecuentes frente al envejecimiento.....	25
Figura 2: Cantidad de participantes en las categorías de evaluación de capacidad y percepción de autocuidado	27
Figura 3: Estilos de vida acorde a la capacidad de percepción de autocuidado del adulto mayor	28

Índice de anexos

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.....	41
Anexo 2: CENVE (cuestionario de estereotipos hacia la vejez)	42
Anexo 3: CYPAC-AM (capacidad y autocuidado del adulto mayor)	43

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a lo establecido a lo largo del trabajo investigativo, dentro del marco teórico se abordó en primer lugar el envejecimiento dando a conocer su definición, características, datos estadísticos, tipos y estilos de vida; del mismo modo se indagó acerca del viejismo, cuál es su origen, su definición, sus causas, consecuencias y prevalencia concluyendo así el primer capítulo.

Dentro del segundo capítulo se incluyó la metodología en la cual se planteó un objetivo general y tres objetivos específicos; de manera conjunta se hizo referencia a los instrumentos utilizados y sus respectivas características, además de mencionar a la población participante en esta investigación y el procedimiento que se llevó a cabo para generar resultados.

Posteriormente, en el tercer capítulo se presentaron los resultados de acuerdo a los objetivos establecidos. Más adelante, en la discusión se realizó una comparación con estudios semejantes al realizado y a continuación se procedió con las conclusiones de este estudio. Finalmente, se establecieron una serie de recomendaciones dirigidas al cuidado tanto de la parte física como psicológica del adulto mayor.

CAPÍTULO 1.-

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Envejecimiento

1.1.1 Antecedentes históricos

Según Chaparro (2016) el envejecimiento no ha recibido la misma consideración a lo largo de nuestra historia, cada época ha marcado un antes y un después en la forma de asumir este proceso. En nuestra sociedad occidental han ocurrido grandes cambios y la percepción que se tiene sobre el envejecimiento ha ido cambiando.

Maturama (2001) menciona lo siguiente:

La denominada "Edad Oscura" o "Alta Edad Media", del siglo V al X, es la época de la brutalidad y del predominio de la fuerza. En semejante ámbito cultural, no es difícil imaginar el destino de los débiles, lugar que les corresponde a los viejos. Para la Iglesia no constituyen un grupo específico, sino están en el conjunto de los desvalidos. Serán acogidos temporalmente en los hospitales y monasterios, para luego reencontrarse con la persistente realidad de sus miserias. (p. 114)

En la edad media, donde la fuerza física era necesaria para la guerra, la vida del adulto mayor que ya no puede luchar no tenía valor, debido a que se era joven mientras la fuerza física siguiera conservada y viejo desde que comenzara a debilitarse. Durante esta época, debido a las duras condiciones de vida, se comienza a deteriorar el aspecto físico de forma temprana, ocasionando que la población anciana no sea numerosa; a diferencia de la actualidad, donde la vejez tiene inicio a partir de los 65 años. En esta época un anciano que tuviera buena salud solo podía ser sinónimo de una intervención diabólica o por un favor divino en un ser virtuoso. Aquella visión pesimista de la vejez está sugestionada por escritos del Antiguo Testamento y de la tradición grecorromana (Martínez et al., 2002).

Además, Martínez et al., (2002) también aluden al cambio de rumbo que toma la situación de los ancianos a partir del siglo XI, principalmente como efecto de las mejoras a nivel económico y al crecimiento gradual de la burguesía. El porcentaje de

adultos mayores tuvo un aumento drástico a partir de 1350 y trajo consigo cambios en la mentalidad de la estructura social.

En el siglo XVIII, tener 50 años significaba algo completamente distinto a tenerlos en el primero tercio del siglo XX. Se pueden observar diferencias en los significados que han existido a lo largo de la historia (Reher, 1997).

En la actualidad, es frecuente llegar a la vejez, a pesar de que en otros tiempos esto sólo era posible para una pequeña parte de la población; considerándose como un suceso que marca una diferencia con el pasado (Martínez et al., 2002).

1.1.2 Definición

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. (Ruiz E, 2006, p.64)

Otra definición sobre envejecimiento, hace alusión a éste como un proceso innato, paulatino, dinámico e ineludible; en donde ocurren transformaciones a nivel físico, biológico, social y psíquico, que influyen de manera inevitable en el estado funcional del ser humano (Esmeraldas et al., 2018).

“La vejez no es una enfermedad; es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad” (Reyes y Castillo, 2011, p. 355).

Existen dos tipos de envejecimiento, los que forman parte del proceso del envejecimiento humano individual: el primario (intrínseco), en el cual se observan los cambios propios de la edad, más no la presencia de dolencias; como, por ejemplo: la aparición de canas en el cabello, presencia de arrugas en la piel, pérdida de la visión, entre otros. El secundario, en el cual se hace referencia a los fenómenos aleatorios y selectivos que interactúan con los cambios propios del envejecimiento primario y sus

mecanismos para llevar a cabo este proceso de forma habitual; entre ellos se encuentran los trastornos cardiovasculares y el deterioro cognitivo. El organismo del ser humano sufre cambios propios del desarrollo desde el momento del nacimiento hasta la muerte; pasando por cada una de las etapas como la infancia, adolescencia, adultez y vejez, en donde se experimentan diversos cambios. Los problemas de salud de índole crónico y los cambios para mantener el equilibrio del medio intrínseco son los que conducen al envejecimiento secundario (Galban et al., 2007).

1.1.3 Características

El proceso que encamina al envejecimiento está compuesto por fenómenos que interactúan entre sí, en el cual, los procesos biológicos se encargan de la regulación de diversos aspectos implicando también una variación de la homeostasis; es decir, un cambio en la capacidad para modular respuestas, por ejemplo, del estado de equilibrio psicológico. Una de las características del envejecimiento es la disminución en la eficacia de esta capacidad, que actúa frente a estímulos externos o desequilibrios internos del organismo (Castellanos et al., 2011).

Históricamente, el debate sobre el envejecimiento ha estado excesivamente centrado en sus elementos negativos. Aunque las políticas de salud son fundamentales, el énfasis en los jubilados y enfermos ha llevado a pensar en las personas mayores como consumidores o cargas y no como productores o recursos valiosos para la sociedad. (Calvo 2013, p.1)

Según Vaillant y Mukamal (2001), “el envejecimiento debe ser visto desde tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo” (p. 839).

La **disminución** se relaciona con el deterioro en el funcionamiento de algunos órganos, con la reducción de la percepción sensorial y de la velocidad de reacción ante los estímulos. Es una **época de cambio**, donde la apariencia física se modifica de forma progresiva, aparecen las canas, las arrugas y cambia la distribución de la grasa corporal; también se observan modificaciones importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. La vejez

también debe verse como una **etapa de desarrollo y madurez**. Muchos ancianos son más pacientes y tolerantes, tienen una mayor aceptación del otro, tienen mayor experiencia y esto les permite ver la vida de una manera diferente, aprecian la relatividad y comprenden que el presente tiene un pasado y un futuro. (Moreno y Alvarado, 2007, p. 62)

Papalia (2009) presenta las siguientes características del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial del adulto mayor:

- En el desarrollo físico, la mayoría de las personas se mantienen en una condición estable, aunque la salud y las habilidades corporales empiecen a decaer. También, el incremento en el tiempo de reacción perjudica ciertos aspectos de funcionamiento.

- En la parte cognitiva, un buen porcentaje de las personas están mentalmente alertas. A pesar de que los aspectos como inteligencia y memoria pueden decaer en distintas áreas, la mayoría de las personas encuentran modos de compensación, como lo es el modelo de selección, compensación y optimización, también conocido como SOC de Baltes y Freund (1997), donde los adultos mayores con declives asociados a la edad pueden emplear un conjunto de conocimientos y estrategias que les permitan optimizar recursos para alcanzar metas sin tener en cuenta la naturaleza ni los medios necesarios para alcanzarlas ya que estas estrategias al trabajar de manera conjunta generan un componente indispensable del desarrollo del potencial humano.

De acuerdo con Baltes y Freund (1997) la estrategia de selección consiste en escoger qué aspectos de su vida son más importantes para la persona, luego, optimizar las herramientas dirigidas a obtener logros en las áreas seleccionadas anteriormente, para después poder compensar las pérdidas en dichos aspectos y adaptarse a las modificaciones vitales y ambientales, generando así, un contexto para el desarrollo vital positivo mediante el manejo exitoso de las pérdidas y deterioros. Es decir, un adulto mayor puede usar la selección para disminuir las demandas con el fin de que éstas se acoplen mejor a las habilidades que le han sido reducidas, después, optimiza su capacidad para satisfacer tales demandas y, por último, con el objetivo de compensar la capacidad reducida hace uso de las estrategias u objetivos proporcionados por el ambiente del cual forma parte.

- Por el lado del desarrollo psicosocial, la jubilación puede transformarse en una manera de descubrir nuevas opciones para hacer uso del tiempo libre, incluido un nuevo trabajo u otras actividades pendientes. Las relaciones interpersonales, en este caso con familia y amigos cercanos, pueden proveer un soporte significativo.

1.1.4 Datos estadísticos

El mundo enfrenta en el presente siglo una situación singular, cada día más personas envejecen rebasando la frontera cronológica de los 60 años. Se espera que el planeta logre cuadruplicar su población de avanzada edad en los próximos 50 años, al pasar de los 600 millones que hay en la actualidad a 2 000 millones; esto significa que habría de cada 10 personas, una mayor de 60 años, pero en el 2050 lo será una de cada cinco. (Esmeraldas et al., 2019, p. 61)

Según estadísticas emitidas por el INEC en el Ecuador señala que las personas mayores a 60 años suman 1.341.664, lo cual se ha incrementado a comparación del 2011 que eran 1.229.089 sujetos en su mayoría en Costa y Sierra. De igual forma, con respecto a la esperanza de vida promedio, en 2010 fue la edad de 75 años y para 2050 se considera que será de 80,5 años (FIAPAM, 2014).

En Ecuador, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en un 63.4% desde mediados del siglo pasado, pasando de 48.6 años en el año 1950 hasta 76.7 años en la actualidad. El incremento en el país ha sido levemente mayor que el promedio de la región. El aumento en la esperanza de vida al nacer trae como consecuencia no sólo un aumento de la proporción de la población adulta mayor en el total, sino también una prolongación de la vejez, que se refleja en un incremento de quienes están en los rangos más altos de edad, es decir, de los 80 años en adelante. (Valdivia, 2020, p. 9)

Según datos del informe realizado por las Naciones Unidas (2019) llamado “Perspectivas de la población mundial 2019”, en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la cantidad actual donde ha sido una de cada 11 en el 2019 (9%). Para ese mismo año, una de cada cuatro personas residentes en

Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en cantidad a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Por tal razón, se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050.

El Fondo Poblacional de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe menciona que las personas que pertenecen a la población de 60 años y más aumentó de 5.7% en la década de los 50s, a un 11.2% en el 2015 y se espera que represente el 21.0% de la población en el año 2040 (UNFPA, 2017).

1.1.5 Tipos

Calvo (2013) menciona que hoy en día existen diversas miradas teóricas para hablar sobre envejecimiento, pero al menos tres de ellos han tenido mayor influencia durante los últimos años. Estos son el envejecimiento saludable, positivo y activo que se describen a continuación:

- **Envejecimiento saludable**

El envejecimiento saludable busca mantener por la mayor cantidad de tiempo posible las condiciones de salud e independencia funcional de la población, para que de esta manera puedan participar en la sociedad, incluso a edades avanzadas. Se define como un estado exento de afecciones determinando así a las personas saludables y no saludables, siendo un proceso que fomenta la capacidad funcional permitiendo el bienestar en la vejez. Es determinado por la herencia, es decir, comienza desde el nacimiento en donde los genes pueden alterarse por exposición en el entorno (Organización Mundial de la Salud, 2015).

De acuerdo con Officer y Manandhar (2019) se define como la conservación de las facultades funcionales a aquellas que conlleven a un adecuado desarrollo del envejecimiento. A continuación, se describen los siguientes términos que son fundamentales para un envejecimiento saludable:

Capacidad funcional: permite que un individuo sea y haga cosas fundamentales para él. Para esto se encuentran cuatro dominios de las capacidades funcionales, estas son: satisfacer las necesidades básicas; toma de decisiones y aprender; tener movilidad y conservar relaciones; aportar a la sociedad.

Capacidad intrínseca: es la unión de las capacidades físicas y mentales que posee una persona, incluye el caminar, observar, escuchar y recordar.

Entorno: relacionado con la sociedad, casa y la comunidad, abarca múltiples factores como las personas y sus vínculos, actitudes y valores.

- **Envejecimiento activo**

El concepto de envejecimiento activo surge a finales de los '90, cuando la OMS comenzó a considerar otros factores adicionales a la salud que definen la manera en que los habitantes de una población envejecen, y así dirigir su atención hacia potenciar las oportunidades de participación y seguridad de las personas a medida que ellas y las sociedades envejecen (Calvo, 2013).

También, el envejecimiento activo se puede definir como una sucesión dentro de la cual se puede mejorar el bienestar tanto mental, social y físico; cuya finalidad es extender la longevidad, su estilo de vida y rendimiento (Glasinovic, 2019).

El vocablo “activo” se refiere a la intervención ininterrumpida dentro de las dimensiones económicas, culturales, sociales, cívicas y espirituales; no únicamente a la facultad de encontrarse físicamente activo (Román, 2018).

Según Glasinovic (2019) existen 4 pilares del envejecimiento activo, donde su definición se entendería como multidisciplinar, multinivel y multidimensional que implican términos psicológicos, sociales y biológicos y a su vez cuenta con efectos poblacionales e individuales:

- Alimentación saludable
- Bienestar mental

- Actividad física
- Participación social

Ramos, Yordi y Miranda (2016) mencionan que de acuerdo con la OMS existen 3 pilares fundamentales:

-Salud: enfocado en retrasar la dependencia, promocionando rutinas saludables y a su vez la prevención de la enfermedad, para esto los avances de la educación sanitaria han influenciado aumentando la esperanza de vida durante el siglo XX y posterior.

-Participación: mantener un vínculo con la sociedad sin importar la edad es un derecho de las personas mayores, siendo partícipes de actividades y repertorios, lo que contribuye en el desenvolvimiento psicoemocional.

-Seguridad: se refiere a garantizar un asilo de calidad, además de ofrecer seguridad de manera económica, sanitaria y que tenga acceso a los servicios como individuo consumidor.

- **Envejecimiento positivo**

Se define como una creación activa para que las personas y sociedades tengan un futuro atrayente y a su vez es visto como una sucesión biográfica a nivel personal e histórico a nivel comunitario. Por lo que los individuos inician con la gestación y culminan con el fallecimiento y para las sociedades empiezan fundamentalmente con el incremento de una buena longevidad y decremento en la reproducción (Calvo, 2013).

El envejecimiento positivo es el enfoque más reciente, y entrega una nueva mirada que va más allá e incluye las dos anteriores. No tiene la intención de eliminar por completo los aspectos negativos que se incluyen en el envejecimiento, como en cualquier otro proceso vital; pero sí busca aumentar los aspectos positivos y disminuir los negativos de la experiencia de envejecer y llegar a ser un adulto mayor. Para lograrlo es importante reducir la prevalencia del maltrato, el interés por atender cuando el maltrato sucede y promover el buen trato (Calvo, 2013).

Este tipo de envejecimiento no se limita a resolver conflictos; también intenta formar un futuro codiciable, en donde el país afronte de manera exitosa los restos de la organización demográfica, y a su vez, que los adultos mayores sean autosuficientes y partícipes de las diferentes áreas, además de transmitir confort como las personas jóvenes (Calvo y Madero, 2016).

- **Envejecimiento patológico**

Se entiende por envejecimiento patológico en “donde el anciano llega con enfermedad crónica progresiva, con discapacidades, fragilidad y vulnerabilidad aumentada” (Arce y Ayala, 2012., p.815).

No existen enfermedades específicas propias de la tercera edad, a pesar de que algunas patologías reflejen mayor prevalencia durante esta etapa, por ejemplo, el caso de padecer demencia, siendo una de las enfermedades que se encuentran con mayor frecuencia, ya que inicia a los 65 años y va progresando con la edad (Arce y Ayala, 2012).

Según la OMS (2020) la demencia se define como un síndrome ya sea crónico o progresivo que se caracteriza por la alteración de la función cognitiva, afectando en las áreas de comprensión, cálculo, memoria, juicio y lenguaje, además de presentar alteraciones en el comportamiento y daño en el control emocional. Se considera una de las principales causas de subordinación y discapacidad entre los adultos mayores a nivel mundial ya que afecta alrededor de 50 millones de personas, entre ellos el 60% pertenecen a países de bajos ingresos y se estima que entre el 5% y 8% de los habitantes mayores a 60 años padecen de demencia.

1.1.6 Estilos de vida

De acuerdo con Guerrero y León (2010), se define al estilo de vida como un constructo que se ha venido utilizando de manera universal como una forma de estar en el mundo, es decir, como un modo de existir resaltando los hábitos de comportamiento, en especial las costumbres, el urbanismo, relación con el medio y las relaciones interpersonales.

El constructo estilo de vida hace referencia a la “manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras” (Guerrero y León, 2010., p.14).

El envejecimiento no sólo se basa en mantenerse vivo, sino también en procurar que sea un proceso gratificante; ya que durante éste existen cambios ineludibles, tales como pérdida de la masa muscular, problemas respiratorios, reducción de tejido óseo, tensión arterial elevada, disminución de la capacidad cognoscitiva y deterioro macular; también están las condiciones incapacitantes: demencia, ceguera y osteoporosis. Asimismo, la obesidad, tumores malignos, diabetes y afecciones cardiovasculares que son enfermedades no transmisibles, que disminuyen la esperanza de vida (Hernández, 2014).

De esta manera, se puede crear conciencia y fomentar estrategias y comportamientos que ayuden a proteger la salud, ampliar la longevidad con una alimentación balanceada, aumento del consumo de frutas, actividad física regular e higiene del sueño (Yorde, 2014).

1.2 Viejismo

1.2.1 Origen

De acuerdo con Castellano y Negredo (2010) durante la década de los 80 en el siglo XX, el concepto de viejismo experimentó una gran elevación en donde se elaboraron instrumentos para estudiar distintas áreas tales como sociales, sanitarias, culturales y económicas.

El término *ageism* (viejismo en español) se define como “una experiencia subjetiva, una inquietud profunda y oscura, y una repugnancia y una aversión personal por la vejez, la enfermedad, la discapacidad y miedo a la pobreza, la inutilidad y la muerte” (Castellano y Negredo, 2010, p. 260). Este concepto hace referencia de manera exclusiva a los comportamientos y actitudes desfavorables hacia los adultos mayores.

Sequeira (2017) menciona dentro del envejecimiento la presencia de varios estereotipos que se deben dejar de lado. Uno de ellos, relacionando la vejez como sinónimo de enfermedad, soledad o que todos en esa edad ya son abuelos.

Los estereotipos son creencias que guardan relación con características o rasgos comunes que supuestamente poseen las personas dentro de un grupo social en particular, y, específicamente en los años 80 por primera vez se adhirió el término "edadismo o viejismo" para hacer referencia a la elaboración de estereotipos y discriminación hacia los adultos mayores (Butler, 1980).

1.2.2 Definición

Moreno (2010) menciona lo siguiente “El desarrollo de actitudes negativas y estereotipadas hacia la vejez y/o el proceso de envejecimiento (denominado viejismo) ha categorizado equivocadamente la vejez como a una etapa puramente incompetente y aversiva” (p. 2).

Salvarezza (2002) hace mención al viejismo como una conducta compleja determinada por la población para devaluar consciente e inconscientemente el estatus social de la ancianidad. También, manifiesta que uno de los prejuicios más comúnmente extendidos está relacionado con que los ancianos están todos enfermos o tienen discapacidad por pasar gran parte de su tiempo en cama a causa de condiciones médicas, caídas en el hogar, una coordinación psicomotriz escasa, la presencia de infecciones con mayor frecuencia y que una gran proporción se encuentra hospitalizada o vive en residencias geriátricas.

El viejismo alude al envejecimiento asemejándolo a una enfermedad dado que le atribuye dependencia, incapacidad, aislamiento y deterioro del estado mental, cuando en realidad, el envejecimiento es un proceso inevitable en el cual se producen cambios dentro de distintas áreas de la persona, por lo que no debe considerarse una enfermedad sino como un periodo determinado culturalmente (Taboada, 2017).

Dentro de esta terminología también se alude al viejismo positivo, considerado como la “generalización abusiva que impide el conocimiento de las reales

características interindividuales de los sujetos viejos” (Mingorance, 2013, p. 44), es decir, sobrevaloran la capacidad que poseen algunos adultos mayores, favoreciendo a la discriminación.

Mingorance (2013) categoriza al viejismo positivo como una mirada indulgente de las competencias de los adultos mayores, que además procura sobrevalorar los aspectos buenos que están presentes en algunas personas y así universalizarlos para todos. Los estereotipos que con mayor frecuencia forman parte de estos prejuicios son aquellos que asignan conocimiento, sabiduría y una posesión de gran cantidad monetaria debido a la experiencia por la acumulación de tantos años de trabajo.

1.2.3 Causas

Al igual que con otros constructos sociales, la edad cronológica es una de las dimensiones por las cuales se categoriza de forma automática a los demás (Nelson, 2005).

Una de estas categorizaciones, o estereotipos, tiene que ver con la idea que existe sobre las personas mayores con respecto al desarrollo de nuevas metas y objetivos, debido a que se considera que en esta etapa del ciclo vital estos intereses disminuyen. Sin embargo, como algunos autores han indicado, esto no es del todo cierto, ya que algunas de las metas vitales del ser humano se mantienen o, incluso, aumentan en la vejez. (Mayordomo et al., 2016, p. 111)

Según Lopiz (2018), la idea de fragilidad en las personas mayores es un constructo propio de la cultura como resultado de los prejuicios sociales hacia la vejez, cuando en realidad es una etapa que puede soportar más pérdidas y fracasos en comparación con las personas jóvenes. Sin embargo, los ancianos padecen de afecciones crónicas como diabetes, artrosis e hipertensión lo que requiere de un tratamiento especializado y a su vez rehabilitador, cuya finalidad es pausar el deterioro funcional ayudando a los adultos a sobrellevar sus labores diarias.

Las causas del viejismo tienen bases culturales, sociales, económicas e históricas, observando así cierta inclinación a culpabilizar a las personas mayores dentro

de la sociedad al tener la convicción de que los viejos son incapaces de aportar a la misma (Mingorance, 2013).

Dentro de las percepciones sociales relacionadas con los cambios de la edad se observa su estructura facial, asociando tales rasgos fisionómicos de los adultos jóvenes con los estereotipos que corresponden a las personas mayores, es ahí donde se llevan a cabo cirugías plásticas, ciertos tratamientos de la piel, tintes para el cabello, entre otros (Castellano y Negredo, 2011).

Una de las formas en las que los adultos mayores refuerzan tales creencias sociales es cuando se atribuyen conceptos negativos de sí mismos, tales como “los ancianos no entienden”, lo cual limita y condiciona a la persona en su actuar. De la misma manera el viejismo condiciona formas de violencia, siendo un claro ejemplo la restricción de los servicios de salud, políticas públicas o incluso la limitación en los medios de comunicación y educación en donde los adultos mayores son quienes se desvalorizan y marginan tomándolo como algo natural de la vejez, dando lugar a un inadecuado rendimiento, desarrollando así estrategias de evitación, las cuales acortan su autonomía y autoestima, provocando déficit en la ejecución de tareas (Orozco y Lopez, 2016).

Lorenzo (2015) describe lo siguiente:

La Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores fue creada el 9 de junio de 2015 por la Organización de Estados Americanos y su objetivo es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor para contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Por lo que se mantiene una negativa representación hacia la vejez, esto se debe redimir y revalorar, viéndolo como una etapa de vida que puede ser optimizada con plenitud, por lo que se debe renunciar a falsas ideas que lo vinculan con dolencias y prevenir infantilizarlos, y a su vez reforzando el sedentarismo con la pérdida de vitalidad. En contraste se debe propiciar que los adultos mayores presentan dolencias propias de la edad pero que son personas que gozan, asimilan, seducen, mantiene una vida sexual y tienen aspiraciones. (p. 36)

1.2.4 Consecuencias

Según Fajardo y Olivares (2008) en el día a día, el viejismo conduce a que las personas de la tercera edad, la mayoría de veces sean marginados y considerados poco útiles o inútiles en el entorno familiar, desarmonizados psicosocialmente, que sean expresados de manera frecuente en el arte como símbolos desactualizados o que están pasados de moda; mostrados en los medios de comunicación como una población enferma y de costumbres anticuadas, además de políticamente manipulables.

Bermejo (2006) menciona que los estereotipos hacia el envejecimiento y las personas de tercera edad actúan no sólo de forma directa por medio de opiniones y juicios, sino que también las personas no estamos conscientes de aquello, lo que lleva en varias ocasiones a desarrollar comportamientos discriminatorios.

Se ha mencionado que “las personas mayores, al suponer que su rendimiento no será bueno, elaboran estrategias de evitación de un posible enfrentamiento que podría ser vivido como traumático o simplemente porque responden a profecías sociales que suponen que los mayores ya no pueden” (Iacub y Arias, 2010, p. 28).

La existencia de un prejuicio activo, no basado en hechos, sino en el desconocimiento y la deformación de las potencialidades de las personas mayores en la sociedad actual, constituye el primer paso hacia la discriminación real de las personas. Esto es peor aun cuando la propia persona vieja los acepta y los incorpora a su visión personal.

El viejismo condiciona la existencia de distintas formas de violencias, especialmente en el ámbito institucional. Por ejemplo, la limitación directa o indirecta de servicios, como en el área de salud, donde ciertas prácticas médicas no están disponibles a partir de determinada edad. Los mitos sobre la vejez influyen desde la oferta de políticas públicas hasta su exclusión de los medios de comunicación, la educación, y en la desvalorización de su aporte a la sociedad. (Mingorance, 2014, p. 118)

Según Vélez (2009) se debe tener cuidado con los estereotipos, ya que el viejismo trae atribuciones que influyen de manera determinante en el autoconcepto que tiene la persona mayor de sí misma. Una percepción negativa hacia el envejecimiento como la que existe actualmente genera un rechazo no sólo hacia el adulto mayor, sino

también hacia la propia vejez lejana o cercana. Por tal razón, la imagen que tienen los adultos de la tercera edad de sí mismos está bajo la influencia no sólo de variables personales o biológicas, sino también de las normas sociales establecidas en determinada sociedad.

La consecuencia de estos prejuicios es el establecimiento de una fuerte sinonimia entre adulto mayor = enfermo, lo cual es un enorme riesgo tanto para los propios adultos mayores que pasan a internalizar y actuar este prejuicio a la manera de una profecía autocumplida, como a las personas no pertenecientes a este grupo social, que los subvalora y los mantiene en esa posición. (Capdeville, 2006, p. 5)

“El autoconcepto del mayor queda de alguna manera desvirtuado, por estas percepciones sesgadas de la población. La repulsión generalizada por estas ideas concluye en el individuo una actitud negativa y discriminatoria que enfatiza estos rasgos” (Moreno, 2010, p.2).

En ciertas situaciones, las personas mayores son fotografiadas representando decaimiento y fragilidad, comparándose con imágenes de jóvenes enérgicos como en anuncios publicitarios, donde se utiliza los estereotipos de la edad creando prejuicios atribuibles a grupos sociales, dando lugar a consecuencias que conllevan a que las personas adultas mayores no reciban un trato equitativo cuando requieran asistencia. Otra consecuencia de acuerdo a los prejuicios y la optimización de cuidado es que las personas jóvenes tienen prioridad antes que los ancianos, como por ejemplo, cuando un adulto mayor padece cáncer se piensa que no está en condiciones de recibir ciertos tratamientos (Orozco y Lopez, 2016).

1.2.5 Prevalencia

El Instituto Nacional de Geriátrica (2016) reporta una prevalencia de estereotipos negativos en México debido a que en el sistema social actual, se relaciona a los adultos mayores con personas dependientes en diferentes áreas (familiar, social e institucional), además de a una discapacidad funcional dentro del ámbito físico o mental. A pesar de la

nueva realidad favorable del envejecimiento, estereotipos como que las personas de la tercera edad tienen un deterioro en su memoria (73.1%), se enojan fácilmente (65.1%), son como niños (62.3%) y su salud es mala (60.2%), aún están presentes en la sociedad.

“Existen diversos estudios a nivel internacional que fundamentan la prevalencia de elevados estereotipos negativos hacia el envejecimiento, llegando inclusive a niveles académicos superiores, como el caso de los programas educativos que involucran a las ciencias de la salud” (Lara-Pérez et al., 2019, p.11).

De acuerdo a CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), se estima que entre 2010 y 2030 en América Latina y el Caribe se duplicará la cifra de adultos mayores que iría de 58,57 millones a 119,67 millones y para 2050 habrá un total de 195,87 millones. Con este incremento el porcentaje de adultos mayores sería del 25% de la región (Muñoz, 2017).

La convención interamericana indica que “la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano”. (Muñoz, 2017, p.1)

Goldani (2010) menciona que en Brasil encontró que muchos adolescentes no quieren tener como vecinos a personas de la tercera edad. Según el autor, esto se presenta de manera discriminatoria, pero se ve reducido si el adulto mayor entra en parámetros de comportamientos que son aceptados socialmente por los jóvenes al estar relacionados con conductas que ellos llevan a cabo.

Según el Instituto Nacional contra la Discriminación, también conocido como INADI (2017) los estereotipos negativos y descalificatorios prevalecen hacia los adultos mayores debido a que se los vincula a la enfermedad, el deterioro cognitivo, la dependencia económica, el aislamiento y la falta de vínculo con la actualidad.

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

El diseño de la investigación es no experimental y posee un enfoque metodológico cuantitativo. El tipo de investigación es transversal con un alcance descriptivo.

2. 1 Objetivos

2. 1. 1 Objetivo general

Comparar el estilo de vida durante el envejecimiento en relación con los estereotipos frecuentes dentro de este.

2. 1. 2 Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de los estereotipos frecuentes frente al envejecimiento.
- Evaluar la capacidad y percepción de autocuidado en los adultos mayores.
- Identificar el tipo de autocuidado en los adultos mayores, comparando su estado actual con los estereotipos frecuentes del envejecimiento.

2.2 Población y muestra

La muestra estuvo conformada por un grupo heterogéneo de 75 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes se les hizo firmar un consentimiento informado (ver anexo 1) para validar su participación por medio de Google Forms, programa en donde fueron digitalizados los instrumentos ya que su aplicación fue virtual.

Criterios de inclusión

- Personas de 65 a 85 años que deseen participar voluntariamente.
- Residentes en las ciudades de Cuenca y Guayaquil.

Criterios de exclusión

- Personas que no den su consentimiento informado.
- Personas menores de 65 años y mayores de 85 años.

- No residentes en las ciudades de Cuenca y Guayaquil.
- Personas que no cuenten con conexión a internet.

2.3 Instrumentos

2.3.1 CENVE (ver anexo 2).

Según Blanca et al. (2005) el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) está conformado por 15 apartados referentes a aspectos negativos de la vejez dentro de tres dimensiones: salud; motivacional y social; y carácter-personalidad. Cada dimensión se compone de 5 apartados, calificándose por medio de la escala de Likert con 4 categorías que fluctúan desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo con un puntaje de 5 a 20. Se evalúa una creencia alta de estereotipos negativos hacia la vejez con puntuaciones elevadas, a diferencia de puntuaciones bajas que demuestran carencia de creencias sobre éstos. El CENVE presenta consistencia interna, teniendo aceptables propiedades psicométricas, además de una adecuada fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .697. Sus factores son homogéneos de acuerdo con número de apartados que componen cada dimensión; de igual modo, las correlaciones entre cada dimensión denotan una puntuación relacionada de forma directa entre las 3 dimensiones. Asimismo, las correlaciones entre los factores indican que las puntuaciones entre las 3 dimensiones están relacionadas de forma directa.

2.3.2 CYPAC- AM (ver anexo 3).

El test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) fue creado por Israel Millán en el 2010. En sus propiedades psicométricas presenta un nivel de significación de 0.05 y un 95% de confiabilidad.

El test está compuesto por 8 categorías: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos. Las opciones de respuesta están conformadas por una escala psicométrica tipo Likert que va desde sí, a veces y no. Como resultado global de la suma de cada categoría se obtiene un puntaje máximo de 24 y un mínimo de 0 en cada ítem de evaluación mencionados a continuación:

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.

-Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.

-15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.

-15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.

-Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Déficit de autocuidado total.

El primer apartado de cada categoría indica el nivel de independencia que posee o no la persona para realizar esa actividad; si la respuesta es no, la persona es dependiente, indicando un déficit de autocuidado para esa categoría; si la respuesta es sí, la persona es independiente para esa actividad y se continúa con los otros ítems.

-Si hay tres o más respuestas afirmativas y ninguna respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se da una puntuación de 3.

-Si hay dos o más respuestas intermedias (a veces), se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se da una puntuación de 2.

-Si hay más de una respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se da una puntuación de 1.

2. 4 Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo la digitalización de los instrumentos en el software Google Forms. Luego, se generó el contacto con los 75 participantes a través de familiares, amigos y conocidos, aquellos que nos proporcionaron su número de celular para hacer llegar los enlaces de ambos formularios por medio de la red social Whatsapp.

Una vez firmado el consentimiento informado por parte de los participantes, se procedió con la aplicación del CENVE a personas de ambos sexos, dentro del rango de 65 a 85 años residentes de las ciudades de Cuenca y Guayaquil.

El segundo instrumento aplicado fue el CYPAC- AM y estuvo dirigido a evaluar la capacidad y percepción de autocuidado en adultos mayores. Ambos instrumentos fueron aplicados en la misma población de personas de la tercera edad.

El análisis de los datos se realizó por medio de Excel y el software SPSS versión 28.0 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), donde primero se descargó los resultados de ambos instrumentos desde Google Forms en formato Excel y de esa forma se llevó a cabo el análisis estadístico de la investigación obteniendo la media, moda, mediana y desviación estándar de la población; así como la edad promedio de la muestra estudiada. Posterior a esto, se determinó el porcentaje de los estereotipos frecuentes frente al envejecimiento acorde al primer objetivo planteado teniendo en cuenta aquellos con puntuaciones elevadas (>50%) en las escalas “algo de acuerdo” y “muy de acuerdo”. Luego, con relación al segundo objetivo se evaluó las tres formas de autocuidado del CYPAC-AM: adecuado, parcialmente adecuado e inadecuado, dando a conocer la cantidad de participantes pertenecientes a cada una. Finalmente, se identificó el nivel de autonomía o independencia de los adultos mayores a través de su clasificación dentro de estilo de vida saludable, parcialmente saludable y no saludable según lo obtenido con el objetivo anterior.

CAPÍTULO 3

3. RESULTADOS

La edad promedio de la población estudiada es de 74 años. Predomina el sexo femenino con un 51% de la participación y el restante pertenece al sexo masculino con un 49%.

En la tabla 1 se encuentran distribuidos los participantes por rango de edad y sexo.

Tabla 1

Rango de edad y sexo de la muestra estudiada

Edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
65-70	13	17%	14	19%	27	36%
71-75	12	16%	5	7%	17	23%
76-80	6	8%	12	16%	18	24%
81-85	7	9%	6	8%	13	17%
Total	38	51%	37	49%	75	100%

En la tabla 2 se muestran las medidas de tendencia central y dispersión, en donde se indica la media, moda, mediana y desviación estándar de la edad de población de la investigación.

Tabla 2

Medidas de tendencia central y dispersión

Media	Moda	Mediana	Desviación estándar
74	65	73	6,10

De acuerdo con el primer objetivo planteado basado en determinar el porcentaje de los estereotipos frecuentes frente al envejecimiento, se identificaron las puntuaciones elevadas (>50%) en los apartados “algo de acuerdo” y “muy de acuerdo”. Las puntuaciones elevadas indican un alto grado de creencia en estos estereotipos.

La tabla 3 corresponde a la interpretación de los estereotipos de la dimensión salud, en donde predominan los apartados “algo de acuerdo” y “muy de acuerdo” con más del 50% los siguientes estereotipos: la mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria; la mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que le hacen depender de los demás y el deterioro cognitivo (pérdida de la memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez.

Tabla 3

Estereotipos de la dimensión salud y sus porcentajes de respuesta

Estereotipo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	4 (5.3%)	23(30.7%)	43(57.3%)	5(6.7%)
La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.	13(17.3%)	34(45.3%)	25(33.3%)	3(4%)
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud.	3(4%)	23(30.7%)	31(41.3%)	18(24%)
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que le hacen depender de los demás.	7(9%)	24(33.6%)	40(53.3%)	3(4.1%)
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez.	2(2.7%)	10(13.3%)	20(26.7%)	43(57.3%)

En la dimensión motivación-social se encontró un solo estereotipo con mayor porcentaje equivalente al 52% en el apartado “algo de acuerdo” siendo este el siguiente: a medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas, como se observa en la tabla 4.

Tabla 4

Estereotipos de la dimensión motivación-social y sus porcentajes de respuesta

Estereotipo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.	10(13.3%)	11(14.7)	33(44%)	21(28%)
Las personas mayores tienen menos amigos que las jóvenes.	16(21.3%)	15(20%)	28(37.3%)	16(21.3%)
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.	11(14.7%)	13(17.3%)	39(52%)	12(16%)
A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.	5(6.7%)	28(37.3%)	36(48%)	6(8%)
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	16(21.3%)	16(21.3%)	20(26.7%)	23(30.7%)

En la tabla 5 dentro de la dimensión carácter-personalidad se encontró un solo estereotipo con una prevalencia mayor al 50%, en el apartado “algo de acuerdo” con el estereotipo los defectos de la gente se agudizan con la edad.

Tabla 5

Estereotipos de dimensión carácter-personalidad y sus porcentajes de respuesta

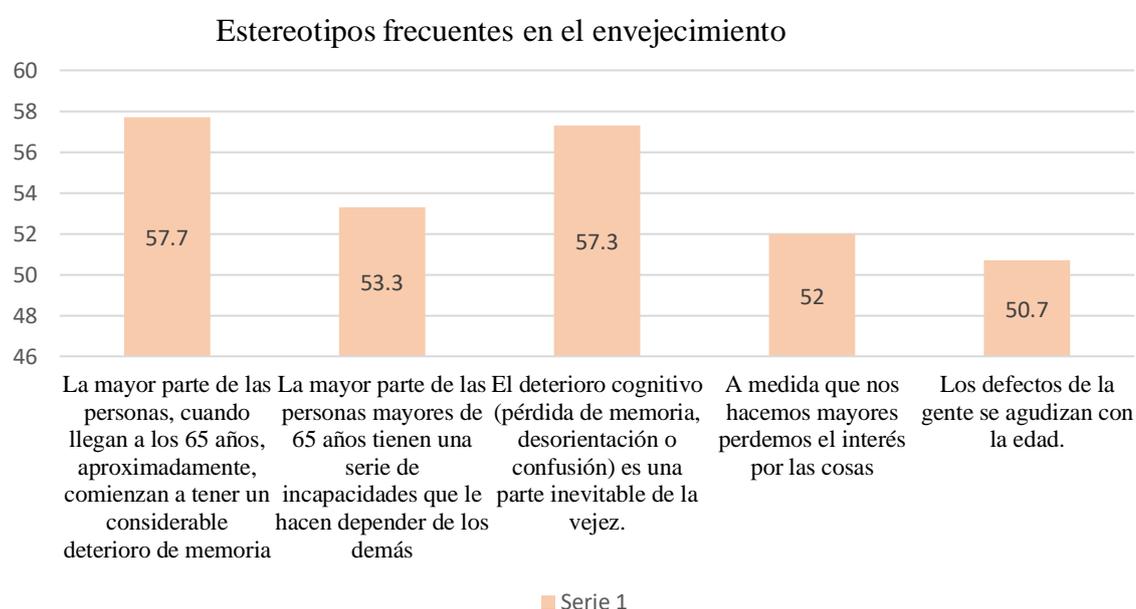
Estereotipo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias".	2 (2.7%)	14 (18.7)	31 (41.3%)	28(37.3%)
A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.	5(6.7%)	10(13.3%)	36(48%)	24(32%)
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.	5(12%)	24(32%)	24(32%)	18(24%)
Los defectos de la gente se agudizan con la edad.	0 (0%)	11(14.7%)	38(50.7%)	26(34.7)
Una gran parte de las personas mayores de 65 años «chocean» (tener las facultades mentales debilitadas).	14(18.7%)	28(37.3%)	30(40%)	3(4%)

Los siguientes estereotipos de la figura 1 corresponden al índice de respuestas obtenidas en las encuestas, en donde los apartados predominantes son: algo de acuerdo y muy de acuerdo en más de la mitad de los participantes.

A continuación, se describen los estereotipos más frecuentes siendo estos los que denotan un porcentaje mayor o igual al 50% en las categoría de acuerdo o muy de acuerdo.

Figura 1

Porcentaje de los estereotipos frecuentes frente al envejecimiento



De acuerdo con el segundo objetivo se evaluó mediante el cuestionario CYPAC-AM la capacidad y percepción de autocuidado en los adultos mayores dividiéndose en 8 categorías, con lo que se obtuvo las siguientes interpretaciones con relación a las tres formas de medición: autocuidado adecuado, autocuidado parcialmente adecuado y autocuidado inadecuado.

En la tabla 6 se muestran los resultados de cada una de las ocho categorías acorde a las formas de evaluación “autocuidado adecuado”, “autocuidado parcialmente adecuado” y “autocuidado inadecuado”.

Tabla 6

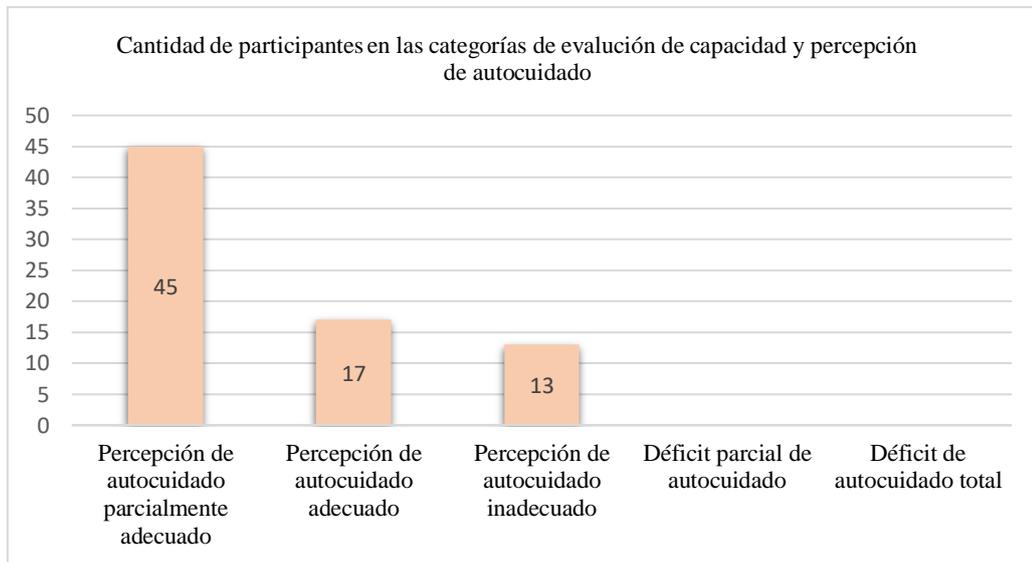
Número de participantes pertenecientes al rango de medición de acuerdo con las 8 categorías del test CYPAC-AM

	Autocuidado adecuado	%	Autocuidado parcialmente adecuado	%	Autocuidado inadecuado	%
Actividad física	23	17.3%	26	19.5%	26	19.5%
Alimentación	47	35.3%	18	13.5%	10	7.5%
Eliminación	22	16.5%	28	21%	25	18.8%
Descanso y sueño	32	24%	26	19.5%	17	12.8%
Higiene y confort	57	42.8%	11	8.3%	7	5.3%
Medicación	52	39%	16	12%	7	5.3%
Control de salud	26	19.5%	23	17.3%	26	19.5%
Adicción o hábitos tóxicos	51	38.3%	17	12.8%	7	5.3%

En la figura 2 se demuestra el total de participantes que pertenecen a cada una de las categorías de evaluación de capacidad y percepción de autocuidado. De acuerdo con la forma de medición la que predomina con 45 de las respuestas es la categoría de percepción de autocuidado parcialmente adecuado.

Figura 2

Cantidad de participantes en las categorías de evaluación de capacidad y percepción de autocuidado.



En cuanto al último objetivo sobre identificar el tipo de autocuidado en los adultos mayores, comparando su estado actual con los estereotipos frecuentes del envejecimiento se obtuvo los siguientes resultados acorde a las tres categorías de estilo de vida:

La mayoría de los adultos mayores participantes en este trabajo investigativo poseen una capacidad tanto física como mental para el desarrollo de sus actividades de autocuidado, debido a que se pudo identificar como sobresaliente al estilo de vida parcialmente saludable con un total de 45 sujetos como se puede observar en la figura 3 y en la tabla 7; añadido a este total el resultado de la categoría de estilo de vida saludable con un promedio de 17, dando un absoluto de 62 personas de la tercera edad que presentaron capacidad de autocuidado. Sin embargo, se observó una discrepancia en los adultos mayores entre su estilo de vida y la percepción que tienen de la vejez, debido a conceptos equívocos y presencia de estereotipos hacia la vejez, al considerar ellos mismos que las personas de la tercera edad padecen de deterioro cognitivo, desmotivación, incremento en sus defectos e incapacidad funcional, haciéndolos depender de otras personas. Como se presentó en la tabla 3, uno de los estereotipos sobresalientes fue “la mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que le hacen depender de los demás” tal creencia no presenta semejanza con la realidad demostrada en la categoría actividad física mencionada en el

segundo objetivo, ya que más de la mitad de los participantes poseen un autocuidado que va de adecuado a parcialmente adecuado.

Figura 3

Estilos de vida acorde a la capacidad de percepción de autocuidado del adulto mayor

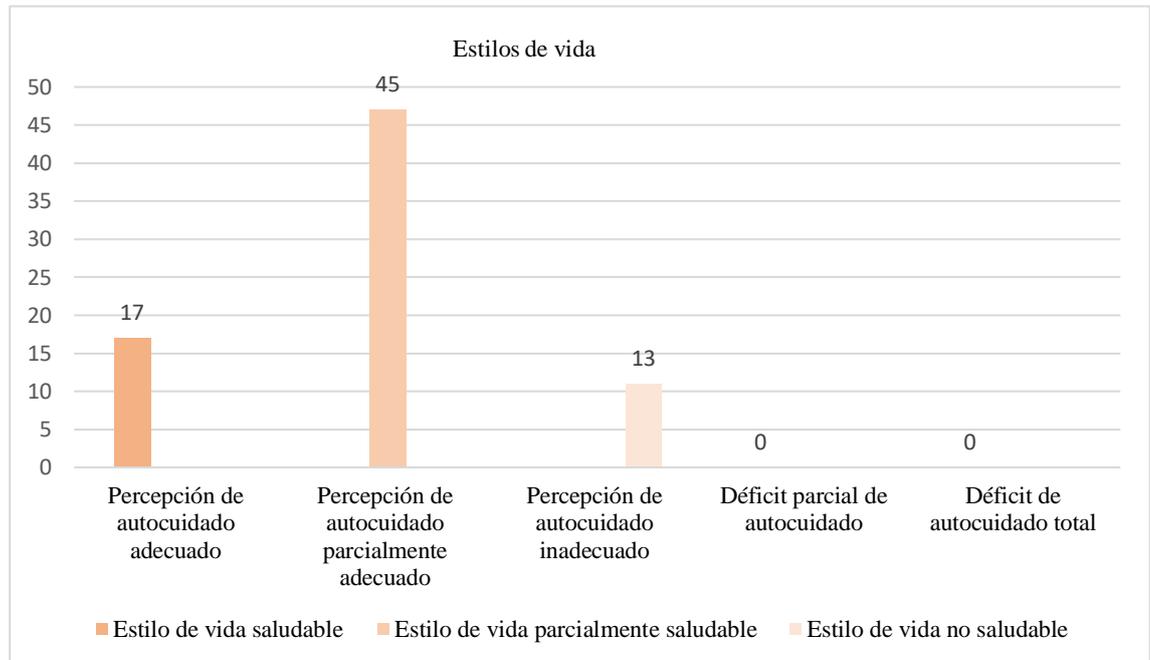


Tabla 7

Estilos de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estilos de vida	No saludable	13	17.3	17.3	17.3
	Parcialmente saludable	45	60.0	60.0	77.3
	Saludable	17	22.7	22.7	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

DISCUSIÓN

Los objetivos establecidos dentro de esta investigación fueron: determinar el porcentaje de los estereotipos frecuentes frente al envejecimiento; evaluar la capacidad y percepción de autocuidado en los adultos mayores; e identificar el tipo de autocuidado en los adultos mayores, comparando su estado actual con los estereotipos frecuentes del envejecimiento.

En relación con el primer objetivo se determinó el porcentaje de estereotipos frecuentes frente al envejecimiento, dando como resultado a la dimensión de salud como la que presenta mayor prevalencia, ya que tres de los cinco estereotipos que pertenecen a esta dimensión tienen una puntuación mayor al 50%, lo que coincide con los resultados de la investigación “La percepción de la vejez en el alumnado de educación social” de Salmerón, De Miguel y Moreno (2021), ya que la dimensión que se obtuvo con mayor prevalencia de estereotipos también fue la de salud con un 75.2%. Tal estudio estuvo conformado por 288 jóvenes universitarios de entre 20 y 30 años, a quienes se les aplicó el mismo instrumento (CENVE). Se evidencia como a pesar de ser poblaciones de grupos de edad distintos los resultados en relación con las tres dimensiones del cuestionario entre ambos estudios concuerdan.

El estereotipo con mayor porcentaje (83.3%) estuvo dentro de la dimensión salud, siendo el siguiente: el deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez; esto se diferencia con el obtenido en nuestro estudio ya que el estereotipo con mayor porcentaje dentro de esta dimensión es: la mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria (57.7%).

En la dimensión motivacional y social, el 81.6% señaló con mayor índice de respuesta al ítem 2, afirmando el hecho de que las personas mayores presentan menos interés por el sexo; a diferencia de en nuestra investigación, ya que el ítem más predominante fue el siguiente: a medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas (52%).

Por último, respecto a la dimensión carácter-personalidad de forma mayoritaria el 81.2%, aluden al pensamiento de que a medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas; mientras que en nuestros resultados dentro de esa

categoría destaca el estereotipo que los defectos de la gente se agudizan con la edad (50.7%).

Asimismo, el estereotipo con menor puntuación fue el ítem 15, el cual hace referencia a la capacidad de juicio y las facultades mentales, a diferencia de en esta investigación, donde el estereotipo con menor puntuación fue el ítem 2 que corresponde a que la mayoría de las personas mayores de 65 tienen alguna enfermedad mental que deteriora sus capacidades normales.

De acuerdo con el artículo “Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en una muestra de estudiantes universitarios” realizado por Rodríguez (2020), cuya muestra está compuesta por 189 estudiantes universitarios siendo la media de edad 24 años, en el cual los resultados mostraron una presencia baja de estereotipos negativos hacia la vejez; mientras que en nuestra investigación realizada con la participación de los adultos mayores se evidenció una presencia alta de estereotipos hacia la vejez, demostrando de esta manera la influencia del factor edad.

En el segundo objetivo referente a la evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado en los adultos mayores se evidenció a las categorías de alimentación y medicación como unas de las mejores puntuadas en el ámbito de autocuidado adecuado diferenciándose del análisis específico por cada categoría evaluada del artículo “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad” realizado por Milán (2010), cuya muestra fue de 195 adultos mayores a 60 años con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión, se observó que las más afectadas fueron el control de salud, actividad física, alimentación y medicación.

El 19.5% de los participantes de esta investigación presentan un autocuidado inadecuado en la categoría de actividad física, a diferencia del 45% obtenido en los resultados de la muestra del artículo “Percepción de la capacidad de autocuidado de los y las adultas mayores, Fundación NURTAC” elaborado por Velis et al., en el año 2018, con una población de personas >65 años. Dentro del mismo, se encuentra la categoría de alimentación con un 75%, manteniendo una desigualdad abismal con el 7.5% conseguido en el presente estudio.

Por otro lado, en la categoría de eliminación con un 82.5% del artículo mencionado, se contrapuso con el 18.8% de autocuidado inadecuado que poseen los

adultos mayores en nuestra investigación. Asimismo, se encontró un porcentaje del 75% para la categoría de descanso y sueño, por lo que no comparte similitud con la investigación realizada ya que el resultado obtenido es del 12.8%.

Como se evidenció en los párrafos anteriores, en las categorías faltantes (higiene y confort, medicación, control de salud y adicción o hábitos tóxicos) nuestro porcentaje de autocuidado inadecuado se mantiene inferior al hallado en el artículo descrito.

Hasta el momento no se han encontrado estudios comparativos entre estereotipos y el estilo de vida de los adultos mayores para conocer si guardan una relación de concordancia u oposición, lo que corresponde al tercer objetivo de esta investigación; de momento en nuestro estudio realizado se evidenció que la mayoría de los participantes poseen un nivel medio-alto de estereotipos negativos hacia su propia población, teniendo como frecuentes con un porcentaje >50% los siguientes: La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria; la mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que le hacen depender de los demás; el deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez; a medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas y los defectos de la gente se agudizan con la edad. De acuerdo con el análisis de la capacidad de autocuidado se reflejó al parcialmente adecuado como predominante, mostrando de esta manera al estilo de vida parcialmente saludable como el presente en la mayoría de los adultos mayores que conformaron esta investigación. A raíz de estos resultados se observó como las creencias negativas que tienen de sí mismos no concuerdan con los resultados reflejados en su estado actual.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo investigativo reflejó que los adultos mayores de entre 65 y 85 años participantes en este estudio presentaron un índice medio-alto de creencias negativas hacia el envejecimiento, encontrándose una serie de estereotipos que son iguales o mayores que el 50% en las categorías “algo de acuerdo” o “muy de acuerdo”, considerándose a éstos como frecuentes, a pesar de que la mayoría de personas de la tercera edad que conformaron la muestra de este estudio demostraron poseer un estilo de vida parcialmente saludable, además de la presencia de capacidad de autocuidado en 62 de los 75 participantes.

Esta desigualdad entre el pensamiento y la realidad de su estado actual indica una visión desajustada de sí mismo, entre su funcionalidad y apreciación como sujeto.

Se considera importante resaltar el hecho de que las personas de la tercera edad presentan conceptos erróneos acerca de sí mismos, respecto a algunas áreas más que en otras, visión que ha perdurado a lo largo del tiempo a pesar de que esta investigación demuestra que aquellos conceptos erróneos no están adheridos totalmente a la realidad actual de los participantes.

Se espera que este trabajo ayude a la toma de conciencia acerca de la importancia de desarrollar una visión adecuada con respecto a esta etapa vital, y de esa manera, se promueva un estilo de vida saludable a pesar de las circunstancias características del envejecimiento.

RECOMENDACIONES

Desde una perspectiva psicológica se recomienda comprender a la vejez como otra etapa vital, que al igual que las anteriores conlleva sus características propias que no deben ser vistas como falencias o limitantes que impidan a la persona llevar el proceso de envejecimiento de la mejor manera.

Se debe dar importancia a que los ciudadanos impulsen acciones orientadas al desarrollo de un envejecimiento idóneo, en el cual la persona posea validez y se sienta útil, para de esta manera erradicar las creencias que perjudican a la percepción de este ciclo vital y a las propias personas mayores.

Por otro lado, cabe mencionar la influencia de esas creencias, que pueden llegar a convertirse en prejuicios o estereotipos, transformándose en obstáculos que impidan el desarrollo óptimo de esta etapa y en el camino que a todos nos espera para llegar a ésta. De manera que se recomienda incentivar talleres y charlas que eduquen sobre el tema, no sólo dirigido a cuidadores y personas de la tercera edad, sino también a la población en general, y de esta manera fomentar un nivel de empatía y comprensión hacia esta población y su proceso, que resulte real, permitiendo que los adultos mayores en su presente y los jóvenes a lo largo de su ciclo de vida obtengan otra perspectiva que facilite un desarrollo favorable a nivel individual y social durante el proceso del envejecimiento.

Las apreciaciones negativas sobre la vejez tienen como resultado un deterioro de autoestima en las personas de la tercera edad, además de una reducción en sus oportunidades sociales. Una manera de enfrentar a esos estereotipos negativos se basa en fomentar un mayor conocimiento y difusión acerca de los estudios que demuestran que el estado real de esta etapa de vida es distinto a las creencias que se han impartido, además de dar a conocer con intensidad los aspectos positivos que también existen en la vejez. Para afrontar y erradicar los estereotipos se debe pasar por el conocimiento de la realidad de la vejez, lo que llevaría a comprenderla en su totalidad y generaría un mayor respeto que en ocasiones se ve perdido por las creencias negativas asociadas a la ancianidad (Carbajo, 2009).

Se describen a continuación ciertas recomendaciones para mantener sano y funcional el sistema circadiano de las personas adultas mayores al igual que la parte

física y mental, ya que esta investigación si bien demostró que predomina un autocuidado parcialmente adecuado, dando a entender la presencia de un estilo de vida parcialmente saludable, lo esperado sería que el desarrollo de este proceso fluya de manera óptima.

Castellanos et al (2011) mencionan las siguientes:

- Realizar ejercicio físico y tener un horario regular de alimentación ayuda a conservar un buen estado del sistema circadiano.
- Es recomendable evitar la exposición a pantallas de luz brillantes en la noche ya que tiene efectos sobre el supraquiasmático, además en el caso de no poder conciliar el sueño se puede consumir melatonina
- Un adecuado descanso ayuda a mantener una buena salud, debido a que su carencia puede provocar cansancio, pérdida de memoria, tristeza, mayor riesgo de caídas y mal humor.
- Evita el sedentarismo y mantener la mente activa ayudara a evitar empeorar enfermedades como diabetes, hipertensión, depresión y enfermedades cardiacas.
- Un adecuado descanso ayuda a mantener una buena salud, debido a que su carencia puede provocar cansancio, pérdida de memoria, tristeza, mayor riesgo de caídas y mal humor.

Evitar el sedentarismo y mantener la mente activa ayudara a evitar empeorar enfermedades como diabetes, hipertensión, depresión y enfermedades cardiacas (Aitziber y Nuin, 2017).

Villamarín y de Vicente (2017), plantearon de manera conjunta con el Consejo general de Psicología de España, algunos consejos para evitar el abuso hacia la población de la tercera edad, entre ellos destacan los siguientes:

- Promover la importancia de atención psicológica para los adultos mayores, de tal manera que se realice un trabajo orientado hacia su bienestar anímico acorde a sus necesidades.
- Incentivar a la psicoeducación sobre la valía que representan los adultos mayores en la sociedad.

- Suprimir las expresiones del habla en las cuales se señale al adulto mayor de manera errónea, especialmente en plataformas dirigidas a proveer información a la población en general.
- Impulsar actividades que motiven a la participación de los adultos mayores en la sociedad, y a su vez facilitar el establecimiento de las relaciones sociales.

REFERENCIAS

- Arce, I., y Ayala , A. (2012). Fisiología del envejecimiento. *Revista Bolivianas*, 815. http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200001&script=sci_arttext&tlng=es
- Bermejo, L. (2006). Promoción del envejecimiento activo. *Dialnet*, 65-88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756877>
- Blanca Mena, M., Sánchez Palacios, C., y Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220. https://www.researchgate.net/publication/28125856_Cuestionario_de_evaluacion_de_estereotipos_negativos_hacia_la_vejez
- Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11. <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Calvo , E., y Madero , I. (2016). Introducción a la gerontología y a la geriatría. En *Enfoques sobre el envejecimiento :envejecimiento saludable, activo y positivo y su promoción entre las personas mayores* (págs. 1-5). Chile: FONDECYT. http://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2016/08/Calvo_Madero_2016_enfoques_envejecimiento_PUC-CHAPTER.pdf
- Calvo, E. (2013). En *Envejecimiento positivo* (págs. 47-62). Chile . https://www.researchgate.net/profile/Esteban-Calvo/publication/268208399_ENVEJECIMIENTO_POSITIVO/links/5463cdfc0cf2837efdb3460a/ENVEJECIMIENTO-POSITIVO.pdf
- Calvo, E. (2013). *Enfoques sobre el envejecimiento: envejecimiento saludable, activo y positivo*. Chile. http://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo_2013_enfoques-envejecimiento-maltrato-PUC.pdf
- Capdeville, C. (2006). Adulto Mayor, Discurso y Cultura. 1-14. https://www.academia.edu/38696600/Adulto_mayor_discurso_y_cultura
- Carbajo Vélez, M. D. (2009). MITOS Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ. PROPUESTA DE UNA CONCEPCIÓN REALISTA Y TOLERANTE. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*(24), 87-96. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3282988.pdf>
- Castellano , C. L., y Miguel Negrodo , A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 260. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095005.pdf>
- Castellano , C., y Miguel Negrodo, A. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento(CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 361-362. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51423817/2011_Castellano_deMiguel.pdf?1484825361=&response-content-

disposition=inline%3B+filename%3DPropiedades_psicometricas_del_cuestiona
r.pdf&Expires=1619389759&Signature=bqcqt-
4HYXGhMGU31y2cB3YKYh1HD5BFgFJgYiXe4FS

- Castellanos, M., Berrecil, C., Cervantes, G., Rojas, A., Salgado, R., y Escobar, C. (2011). Envejecimiento de un reloj (cronología de la vejez). *Revista de la facultad de medicina*, 35-40. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000200005
- Chaparro, A. (2016). *FIAPAM*. <https://fiapam.org/la-vejez-vista-desde-la-historia-y-las-culturas/>
- De Vicente Colomina , A., y Villamarín Fernández , S. (2017). Medidas para evitar el maltrato a las personas mayores. *INFOCOP ONLINE*, 1. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6875#
- Esmeraldas Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G., y Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788154>
- Fajardo Ortiz, G., y Olivares Santos, R. (2008). Viejismo en el ambiente cotidiano. *Principales estereotipos y prejuicio de la vejez*, 57-81. México: UNAM. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Viejismo%20en%20el%20ambiente%20cotidiano.pdf
- FIAPAM. (2014). *Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores*. <https://fiapam.org/los-desafios-del-envejecimiento-en-ecuador/>
- Freund, A., y Baltes, P. (1997). The Orchestration of Selection, Optimization and Compensation; An action-Theoretical Conceptualization of a Theory of Developmental Regulation. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=GjQik3MhmnMC&oi=fnd&pg=PA32&dq=baltes+y+freund+1990+soc&ots=0JNr0JsSjc&sig=eqZmFpnz_M8R3-RsuM4R3MQayfM#v=onepage&q&f=false
- Galban, P., Felix, S., Díaz, A., Carrasco, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor . *Revista Cubana de Salud Pública*, 2-3. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>
- Glasinovic, A. (2019). *Clínica Las Condes*. <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Geriatria/que-es-el-envejecimiento-activo>
- Goldani, A. M. (2010). "Ageism" in Brazil: what is it? who does it? what to do with it? *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(2), 385-405. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000200009>
- Guerrero, L., y León, A. (2010). Estilo de Vida y Salud. *Revista Venezolana de Educación*, 14. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
- Hernández, M. (2014). Envejecimiento. *Revista Cubana de la Salud Pública*, 365. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662014000400011&script=sci_arttext&tlng=en

- Iacob, R., y Arias, C. J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 25-32. <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720003.pdf>
- Instituto Nacional contra la Discriminación, I. E. (2017). *INADI*. <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios-FINAL.pdf>
- Instituto Nacional de Geriátrica. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. (2016). *INGER*. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/hechos-desafios.pdf>
- Lara-Pérez, R., Moreno-Pérez, E., y Padilla-Raygoza, N. (2019). Estereotipos negativos hacia el envejecimiento en estudiantes universitarios del área de la salud. *SANUS*(8), 10-25. doi:<https://doi.org/10.36789/sanus.vi8.107>
- Lopez, E. (2018). Acabemos con el ‘viejismo’: las personas mayores no son tan frágiles. *THE CONVERSATION*. <https://theconversation.com/acabemos-con-el-viejismo-las-personas-mayores-no-son-tan-fragiles-104823>
- Lorenzo, M. (2015). El viejismo discrimina. *El Cactus*, 36. file:///C:/Users/hp/Downloads/13111-Texto%20del%20art%C3%ADculo-34829-1-10-20151222.pdf
- Martínez Ortega, M. P., Polo Luque, M. L., y Carrasco Fernández, B. (2002). Visión histórica del concepto de la vejez desde la edad media. *Cultura de los cuidados*, 40-46. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2002.11.08>
- Maturama, C. T. (2001). El viejo en la historia. *Acta Bioethica*, 7(1), 107-119. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000100008>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., y Melendez, J. (2016). Bienestar psicologico en funcion de la etapa de vida ,el sexo y su interaccion. *Pensamiento Psicologico*, 101-112. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612016000200008
- Millán Méndez, I. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 222-234. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007
- Mingorance, D. L. (2013). Estereotipos sobre la vejez. Conceptualización, historia y etiología .Recomendaciones. *Atenea*, 44. <https://udemm.edu.ar/wp-content/uploads/2016/06/Atenea10.pdf#page=45>
- Mingorance, D. L. (Julio de 2014). *El miedo a la vejez*. Recuperado el 24 de abril de 2021, de Voces del Fénix: <https://www.vocesenelfenix.com/content/el-miedo-la-vejez>
- Moreno Toledo, Á. (2010). VIEJISMO. PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN ACERCA DE LA TERCERA EDAD: ESTEREOTIPOS, ACTITUDES E IMPLICACIONES SOCIALES. *Revista Electrónica de Psicología Social <Poiesis>*(19), 1-10. <https://core.ac.uk/download/pdf/268189276.pdf>
- Moreno, M. E., y Alvarado, A. M. (2007). Aplicación del modelo de adaptación de Roy para el cuidado de enfermería en el anciano sano. En M. d. Agudelo, *Adaptación*

- y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería (págs. 62-72). Bogotá: Manual moderno.
- Muñoz, B. (2017). LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES. *Organizacion iberoamericana de seguridad social*, 5. https://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/BOLETIN_OISS_15-DEF-min-2.pdf
- Naciones Unidas. (2019). <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Nelson, T. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social*, 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Officer, A., y Manandhar, M. (2019). *Década del envejecimiento saludable*. OMS. https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0#:~:text=El%20envejecimiento%20saludable%20es%20el,el%20bienestar%20en%20la%20vejez.
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- Orozco Campos , N., y Lopez , D. (2016). Viejismo y empoderamiento. Los prejuicios de la vejez y la vision del propio envejecimiento. *REDNUTRICION*, 247. https://www.researchgate.net/publication/301963351_Viejismo_y_empoderamiento_Los_prejuicios_de_la_vejez_y_la_vision_del_propio_envejecimiento_Ageism_and_empowerment_Prejudices_of_old_age_and_vision_of_aging_itself
- Papalia, D. E. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. <https://educativopracticas.files.wordpress.com/2018/01/desarrollo-del-adulto-y-vejez-papalia-libro.pdf>
- Ramos, A., Yordi, M., y Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista archivo médico de camaguey*, 334. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014
- Reher, D. S. (1997). Vejez y envejecimiento en perspectiva histórica: retos de un campo en auge. *Política y Sociedad*, 26, 63-71. [file:///C:/Users/User/Downloads/26240-Texto%20del%20art%20C3%ADculo-26259-1-10-20110607%20\(4\).PDF](file:///C:/Users/User/Downloads/26240-Texto%20del%20art%20C3%ADculo-26259-1-10-20110607%20(4).PDF)
- Reyes, I., y Castillo, J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 355. <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi06311.pdf>
- Rodríguez , Á. (2020). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en una muestra de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 63-70. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349863388006/html/>

- Román Sangrador, C. (2018). *Geriatricaria*.
<https://www.geriatricarea.com/2018/06/27/envejecimiento-activo-concepto-y-terminologia/>
- Ruiz, E. D. (2006). Psicología del envejecimiento. *Corporación para investigaciones biológicas*, 64. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v19n2/v19n2a05.pdf>
- Salmerón, J. A., Martínez De Miguel, S., y Moreno, P. (2021). La percepción de la vejez en el alumnado de educación social. *European Journal of Health Research*, 7(1), 1-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7815829>
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/TEORIA%20Y%20TECNICA%20DE%20TO%20/ Psicogeriatría%20teórica%20y%20clínica,%20SALVAREZZA.pdf>
- Sequeira, D. (2017). *Universidad San Sebastián*.
<https://www.uss.cl/enfermeria/identidad-participacion-envejecimiento-positivo/>
- Taboada, A. S. (2017). ENTRE EL DERECHO Y LA IMPUNIDAD, EL VIEJISMO. *Revista de Política, derecho y sociedad*, 35-36. http://revistabordes.com.ar/entre-el-derecho-y-la-impunidad-el-viejismo/#_ednref7
- UNFPA. (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento*.
<https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Unamiradasobreel envejecimiento.pdf>
- Vaillant, G., y Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 839-847. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
- Valdivia, P. F. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en ECUADOR*. Banco Interamericano de Desarrollo, Quito.
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
- Vélez, M. D. (2009). MITOS Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ. PROPUESTA DE UNA CONCEPCIÓN REALISTA Y TOLERANTE. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*(24), 87-96.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>
- Velis Aguirre, L., Macías Solórzano, C. G., Vargas Aguilar, G. M., y Lozano Domínguez, M. M. (2018). Percepción de la capacidad de autocuidado de los y las adultas mayores, Fundación NURTAC. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 2(3), 136-153.
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/108/109>
- Yorde, S. (2014). Como lograr una vida saludable. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 129-142. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100018

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Estimado señor(a): estudiantes de la Universidad del Azuay de la carrera de Psicología Clínica, desean contar con su colaboración voluntaria para el trabajo investigativo “Estilo de vida en el envejecimiento, identificando estereotipos frecuentes dentro de este”, cuyo objetivo es comparar el estilo de vida durante el envejecimiento creando una relación de veracidad o contraste con los estereotipos frecuentes de esta etapa, y de esta manera determinar la presencia de autonomía e independencia por lo que requerimos de su cooperación y sinceridad al momento de responder, siendo necesario contestar todos los puntos propuestos para obtener estadísticas confiables, solicitando de esta manera su consentimiento para ser partícipe en la misma, dándole a conocer que los datos obtenidos serán confidenciales, por lo que manifestamos nuestra gratitud por su colaboración.

Esta dispuesto a participar y contestar con sinceridad las preguntas formuladas en esta investigación:

SI _____ NO _____

a) Sexo: Masculino _____ Femenino _____

b) Edad:

Anexo 2

CENVE (cuestionario de estereotipos hacia la vejez)

<https://forms.gle/yNqQpqqgoCJ7oQVs9>

Anexo 3

CYPAC-AM (capacidad y autocuidado del adulto mayor)

<https://forms.gle/kvEdT5YquB5c3esX8>