



**Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social**

**“Representaciones Sociales de la Vejez, su Relación con
Variables Demográficas y de Autocuidado en salud de
Personas Mayores de la Comuna de Hualpén”**

Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social

Estudiantes

Montserrat Robles Núñez
Fabián Rodríguez Rodríguez
León Rosemberg Espinoza

Profesoras guías

Isis Chamblás García.
Karen Loreto Zamora Carrasco

Concepción – Diciembre, 2023

DEDICATORIA

*Dedicada a nuestros seres queridos, familia y amigos, quienes ocupan un lugar importante en nuestras vidas y que han sido un apoyo incondicional. También esta investigación va dedicada a las personas mayores de nuestro país y de nuestra región...
“Por vejez y envejecimientos dignas, libre de prejuicios y estereotipos”.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a nuestras familias, amigos y mascotas, quienes con su cariño y apoyo han hecho que esta investigación sea posible.

También agradecemos a los docentes de nuestro Departamento quienes nos han brindado su apoyo durante este largo proceso, profesoras Isis Chamblás García y Karen Zamora Carrasco, profesores Gonzalo Ibarra Urra y Javier Gómez Ramírez.

Gracias también a todas aquellas personas mayores quienes nos recibieron en sus hogares y con una excelente disposición nos ayudaron a completar el estudio, con la esperanza de poder contribuir a mejorar la calidad de vida en la vejez.

Muchas gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	10
I.1 Envejecimiento poblacional	10
I.2 Estereotipos y discriminación.....	11
I.3 Auto-estereotipo de vejez y autocuidado	16
I.4 JUSTIFICACIÓN.....	18
II. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL	22
II.1 MARCO TEÓRICO	22
- Teorías de las Representaciones Sociales. Moscovici (1979).....	22
- Teoría de la Encarnación del Estereotipo (SET). Levy (2009)	26
II.2 MARCO CONCEPTUAL:.....	27
II.2.1 Envejecimiento y vejez	27
II.2.2. Estereotipos sobre vejez.....	29
II.2.3 Edadismo	31
II.2.4 Autocuidado en salud de las personas mayores	34
II.2.5 El Autocuidado y algunas conductas relacionadas.....	36
II.2.6 Enfoques de Envejecimiento:	38
a) Enfoque de Envejecimiento Activo:.....	38
b) Enfoque de Envejecimiento Positivo:	39
c) Enfoque Envejecimiento Saludable:	40
II.2.7. Convenciones y políticas sobre Envejecimiento:.....	41
Década del envejecimiento saludable:.....	41
Acciones internacionales	43
Política de Personas Mayores en Chile:.....	45
II.3 MARCO EMPÍRICO:	47
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	58
III.1 Objetivo General:	58
III.2 Objetivos Específicos:	59
III.3 Hipótesis:	59
IV. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	59
V. METODOLOGÍA:	61
V.1 Diseño de Investigación.....	61

V.2 Unidad de Análisis	61
V.3. Unidad de Observación y criterios de Inclusión.....	61
V.4 Delimitación Temporal y Espacial	62
V.5 Población de Estudio:.....	62
V.6 Fuente y Técnica de Recolección:	62
V.7 Instrumentos:.....	63
a) Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)	63
b) Cuestionario de Auto-estereotipos Negativos hacia la Vejez.....	64
c) Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV).	64
d) Estilos promotores de salud-salud física:	65
f) Escala autoeficacia (Baessler y Schwarzer 1996)	66
g) Escala de empoderamiento en Salud para Adultos Mayores.....	66
h) Test de adherencia de Morisky-Green	67
i) Escala de depresión en Adultos mayores (Yesavage 1986).....	67
V.8 Trabajo de Campo	68
V.9 Consideraciones Éticas.....	68
V.10 Plan de Análisis.....	69
VI. RESULTADOS	70
VI.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.	70
VI.2 HETERO-ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ.	72
VI.3 DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE PREJUICIOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN	80
VI.4 RELACIONES ENTRE LOS NIVELES DE AUTO-ESTEREOTIPOS DE VEJEZ Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PERSONAS MAYORES DE LA COMUNA DE HUALPÉN.	84
VI.5 DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LOS NIVELES DE LOS AUTO-ESTEREOTIPOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.	90
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	94
VII.1. DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.	95
VII.2 DE LOS NIVELES DE HETERO-ESTEREOTIPOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.	95
VII.3. DE LOS NIVELES DE AUTO ESTEREOTIPOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.	98

VII.4 DE LOS NIVELES DE PREJUICIOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN	100
VII.5 DE LAS RELACIONES ENTRE AUTO-ESTEREOTIPOS DE VEJEZ Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN	103
VII.6 DE LA RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LOS NIVELES DE LOS AUTO ESTEREOTIPOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.....	105
VIII. CONCLUSIÓN O REFLEXIÓN GENERAL	106
IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	108
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	124
Anexo 1: Programas para las personas mayores en SENAMA	124
Anexo 2.....	132
Anexo 3.....	133
Anexo4. Escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV).....	135
Anexo 5.....	136
Esquema Operativo de Medición de Variables	136
Anexo 6.....	141
Consentimiento informado	141
Anexo 7. LIBRO DE CÓDIGOS.....	143
Representaciones, Estereotipos y Prejuicios en Personas Mayores Respecto de la vejez y su incidencia en el autocuidado.....	143

RESUMEN

La presente investigación describió las representaciones de la vejez y su impacto en el autocuidado en personas mayores de 60 años en la comuna de Hualpén. Participaron 54 personas del Proyecto Fondef IT "Adherencia a tratamiento en personas con hipertensión arterial". Se utilizó una metodología cuantitativa, descriptiva y correlacional, con un enfoque transversal.

Los resultados mostraron altos hetero-estereotipos de vejez ($\bar{x}=44.5$) y moderados auto-estereotipos ($\bar{x}=37.6$), siendo la dimensión más negativa la de carácter-personalidad para ambas variables. Si bien existen edadismos en los casos encuestados, los prejuicios tienden a ser positivos, resaltando adjetivos como responsable ($\bar{x}=6.0$), Agradable ($\bar{x}=5.5$) y negativos relacionados con la salud, como enfermos ($\bar{x}=3.0$), Fatigados ($\bar{x}=3.8$). Los factores sociodemográficos influyeron parcialmente, siendo esta relevante entre auto-estereotipos y nivel educacional con una correlación baja y negativa, ($Rho=-.272$). En cuanto a los autocuidados de salud, hubo correlaciones negativas significativas entre salud física y auto-estereotipos ($Rho=-.330$) y con la depresión ($Rho=.302$). En conclusión, se evidencia una representación negativa de la vejez, tanto hacia las otras personas mayores como en sí mismas, esto implica la presencia de una doble discriminación, cuya incidencia se ve marcada en 2 de las 5 variables consideradas para autocuidado.

Palabras claves: Autocuidado en salud, representaciones de la vejez, hetero-estereotipos, auto-estereotipos, prejuicios y edadismo.

Abstract

This research described the representation of the old age and its impact on the self-care in older people over 60 years of age the commune of Hualpén. 54 people participated in the Fondef IT Project "Adherence to treatment in people with high blood pressure". A quantitative, descriptive and correlative methodology was used, with a transversal approach.

The results showed high hetero-stereotypes of old age ($x = 44.5$) and moderate self-stereotypes ($x = 37.6$), being the most negative dimension of character-personality for both variables. Although there are ageism in the cases surveyed, prejudices tend to be positive, highlighting adjectives as responsible ($x = 6.0$), Pleasant ($x = 5.5$) and negative related to health, as sick ($x = 3.0$), Fatigued ($x = 3.8$). Socio-demographic factors partially influenced, being this relevant between self-stereotypes and educational level with a low and negative correlation, ($Rho = -.272$). In terms of self-care, there were significant negative correlations between physical health and self-stereotypes ($Rho = -.330$) and with depression ($Rho = .302$). In conclusion, there is evidence of a negative representation of old age, both towards other elderly people and in themselves, this implies the presence of a double discrimination, whose incidence is marked in 2 of the 5 variables considered for self-care.

Keywords: Self-care in health, representations of old age, hetero-stereotypes, self-stereotypes, prejudices and ageism.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objetivo principal, Describir las representaciones de la vejez a través de la medición de estereotipos, (hetero y auto-estereotipos, en conjunto con prejuicios) negativos que puedan presentar las personas mayores de 60 años de la comuna de Hualpén y su incidencia en el autocuidado.

A nivel mundial se vive un proceso de envejecimiento, y en el ámbito nacional el Instituto Nacional de Estadísticas indica que en el año 2017 expone las proyecciones de la realidad nacional para el año 2050, en la que un tercio de la población estará compuesta por personas mayores, esto ha influido en el aumento de la esperanza de vida al nacer que se sitúa en el periodo 2015-2020, en 82,1 años para las mujeres y 77,3 años para los hombres.

Existe una serie de desafíos al llegar a la etapa de la vejez, pero existe una en específico que se ha normalizado con el tiempo, que es la imagen negativa/estereotipada/ prejuiciosa que se tiene respecto de las personas mayores. Robert Butler (1969) fue el primero en acuñar este término, definiéndolo como “el perjuicio de un grupo de edad sobre otro grupo de edad”.

Hay que destacar tres elementos centrales que se desprenden del edadismo, son los siguientes: **el prejuicio, el estereotipo, y la discriminación**. Y otras que dicen relación el autocuidado: **Adherencia a tratamiento, Salud Mental, Salud Física, Alimentación saludable y Empoderamiento en salud**.

Por lo tanto, la presente investigación busca ser una contribución para el bienestar de las personas mayores de Hualpén y para la disciplina de Trabajo Social, entregando antecedentes y conocimientos de la normalización de estereotipos, auto-estereotipos, prejuicios y hetero-estereotipos que pueden tener influencia en las representaciones de la vejez negativas e incidir en su autocuidado de salud de las personas mayores.

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

I.1 Envejecimiento poblacional

En la actualidad se está produciendo un proceso de envejecimiento poblacional acelerado, ya no solo en aquellos países desarrollados sino también en aquellos que presentan niveles medios y bajos de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Ya en el 2020 el porcentaje de población de 60 o más años superó al de niños menores de 5 años. Para 2030, según este organismo, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 60 años y se espera que entre los años 2015 a 2050 el porcentaje de población de personas mayores pase de un 12% a un 22%, significando casi una duplicación de este grupo de personas (Organización Mundial de la Salud, 2022).

A nivel regional, la organización de las Naciones Unidas (ONU, 2022) señala que actualmente en América Latina y el Caribe la población continúa aumentando y envejeciendo de forma sostenida, lo que repercutirá en un incremento en el número de personas mayores, quienes representan un 13,4% de la población mayor, la que llegara a un 16,5% en 2030 y 25,1% al año 2050.

Por su parte, el escenario nacional no es diferente, el Censo 2017, expone que la población de 60 años y más fue de un 16,2%. Cifra que en 2022 aumentó al 18,1% (Instituto Nacional de Estadísticas, [INE]2022). Según sus proyecciones expuestas para el año 2050 un tercio de la población chilena estará compuesta por personas mayores (INE, 2017), esto influido por el aumento de la esperanza de vida al nacer que se sitúa en el periodo 2015-2020, en 82,1 años para las mujeres y 77,3 años para los hombres.

Este proceso demográfico se encuentra determinado por la presencia de factores como la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad los flujos migratorios y el mejoramiento de políticas de salud, entre otras (Albalá, 2020).

Sin embargo, señala Martínez et al. (2021) que, si bien han existido aumentos sustanciales en cuanto a la esperanza de vida en los últimos años, “paradójicamente” la esperanza de vida saludable presenta aumentos más pequeños, debido a la falta de aplicación de enfoques integrales del envejecimiento a lo largo del ciclo vital.

1.2 Estereotipos y discriminación

Con una mayor proporción de población que envejece y llega a la etapa de la vejez, surgen desafíos importantes relacionados con la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización, y la discriminación o violencia que sufren las personas mayores, esto puesto que “existe una falta de conocimiento y educación sobre el tema de envejecimiento y de la vejez del ser humano, lo que lleva a mantener la idea de que la etapa de vejez es negativa” (Cantú, 2020, p.231).

A modo de abordar adecuadamente los desafíos que implica el proceso de envejecimiento, y la sustentabilidad de nuestra sociedad, es necesario comprender y definir claramente los conceptos relacionados con este proceso. En este sentido, se entiende por **envejecimiento individual** el proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias (SENAMA, 2009, p9).

La vejez por su parte consiste en una etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales (SENAMA, 2014).

El envejecimiento como proceso y la vejez como etapa implican una serie de cambios. En el plano biológico implica una reducción de las reservas fisiológicas, aumento de adquisición de ciertas enfermedades y una disminución de la capacidad intrínseca. Estos cambios no son lineales ni uniformes y se asocian ligeramente con la

edad de las personas. Estas variaciones, van más allá de deficiencias biológicas, e implican también transformaciones en las funciones, posiciones y roles sociales, los que pueden abandonarse, continuarse o añadirse. Las personas mayores suelen concentrarse en metas y actividades que le resulten significativas, así como adaptar sus habilidades, junto con optimizar sus capacidades existentes por medio de prácticas y las nuevas tecnologías. Las metas, prioridades y preferencias motivacionales también parecen cambiar. Si bien estos cambios pueden deberse a la adaptación ante las pérdidas, otras son consecuencia del desarrollo psicológico permanente en la edad avanzada, lo que repercute en el desarrollo de nuevos roles, puntos de vistas y variados contextos sociales interrelacionados (OMS, 2015, p12).

La vejez, por otra parte, también puede ser definida como una **construcción social** (Limón, 1998, como se citó en Arias, 2014); la cual está relacionada con las actitudes, conductas, representaciones, estereotipos y significados que la sociedad crea acerca de esta etapa (Aguirre y Scavino, 2018).

Así, al ser construida socialmente está influenciada por imágenes o significados que la sociedad crea en conjunto. Pero el problema no es la construcción social en sí, sino cuando esta se transforma en una visión negativa y errónea de esta fase de la vida.

Cuando las personas llegan a la etapa de la vejez son asociadas muchas veces con una imagen negativa o estereotipada. Señala Lasagni (2013) en su estudio de la imagen que se tiene respecto de la vejez a nivel latinoamericano, que existe una imagen negativa de esta, en el que la mayor cantidad de estereotipos identificados se relacionan con afirmaciones acerca de la rigidez mental, problemas de labilidad emocional y conductas que demarcan un debilitamiento del estatus del adulto mayor. En el mismo sentido, una muestra de 410 estudiantes de Psicología de una universidad del DMQ reflejó que el 70,2% de los estudiantes presentaba una alta prevalencia de estereotipos negativos hacia vejez (Escutar y Zambrano, 2021). Mientras que en Chile un 65% en estudiantes de 5° a 8° básico mostró altos y muy altos estereotipos negativos a la vejez (Chandia et al, 2016).

La Sexta Encuesta de Inclusión Exclusión identificó que en Chile un 77% tiene una visión moderadamente negativa en cuanto a la representación de las personas mayores (Arnold et al., 2021, p61). Se ha definido esta etapa en base a carencias y declive de funcionalidades tanto cognitivas como físicas y se instala la idea que las personas mayores son personas débiles, alejadas de la realidad o dependientes, pasivas y frágiles (Fernández et al., 2017, p.22). Producto de esta imagen negativa que se ha instaurado, es que se piensa como un grupo homogéneo y estático, con las mismas características, carencias y necesidades” (Observatorio Envejecimiento, 2021). Sin embargo, según datos de SENAMA (2020) el 85,8% de las personas mayores es autovalentes, mientras que sólo el 14,2% está en situación de dependencia.

Señala por su parte Fernández-Ballesteros (2004) que los estereotipos o imágenes sociales se utilizan para conceptualizar un determinado concepto abstracto como la vejez, en este caso, sirviendo a modo de simplificar la realidad, produciendo una idea errónea y generalizada de las características, comportamientos, cambios o situaciones de esta etapa. Esta simplificación errónea puede llevar a conductas discriminatorias hacia las personas mayores.

Butler (1968) definió el origen y las consecuencias de los estereotipos sobre las personas mayores en el término “Ageism” lo que en el español se ha denominado edadismo¹, el cual según la ONU (2021) implica la existencia de estereotipos, prejuicios y/o discriminación contra las personas de edad basándose en la edad o en la percepción de que una persona es “mayor”.

Castellanos (2014) como se citó en Doncel (2020) expone que los estereotipos negativos contribuyen al malestar físico, somático y emocional, generando desajustes en estos ámbitos, así como también provocando insatisfacción vital.

Respecto del malestar físico, Chang et al., (2022), citado en García (2022) indica que una imagen negativa tiene repercusiones en el deterioro funcional, condiciones

¹ Si bien el término original se refiere a la discriminación basada en los diferentes grupos de edad, para efectos de la presente investigación, se entenderá como prejuicio, estereotipo y/o discriminación contra personas mayores.

crónicas, aumento de eventos médicos agudos e incremento de hospitalizaciones. La OPS (2022) además ha expuesto que este tipo de discriminación contribuye a producir una mala salud sexual y reproductiva y se asocia a un aumento de las tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sumado a una menor probabilidad de solicitar diagnósticos y tratamientos. Ello debido a la falta de información e instancias destinadas a tratar estas temáticas específicamente en aquellos grupos de edad y su temor a encontrar actitudes edadistas respecto a su sexualidad.

Respecto de la salud mental, señala la OPS (2021) que la presencia de conductas discriminatorias influye en la incidencia de trastornos psiquiátricos, así como en el aceleramiento del deterioro cognitivo. Según las cifras del 2015, a nivel mundial, se calcula que cerca de 6,33 millones de casos de depresión son atribuibles al edadismo.

Estas conductas discriminatorias, por otro lado, contribuyen también a una peor calidad de las relaciones sociales (Chang et al., 2020, citados por Doncel, 2020), además genera la exclusión de roles y relaciones (Doncel, 2020), contribuyendo con ello al aislamiento social y soledad. Implican, también, que las personas se sientan no deseadas, traicionadas y rechazadas socialmente (OPS, 2022, p59).

En el ámbito de participación laboral, las influencias de estereotipos y prejuicios también influyen. Un estudio realizado en Suiza puso de manifiesto que el 53% de los empleados de todas las edades consideraba que la capacitación de los trabajadores mayores es más difícil, y el 52% creía que los trabajadores mayores están menos interesados en ocupar puestos que representasen un reto (OPS, 2022).

En España un estudio indicó que la edad era la causa de discriminación más frecuente en el mercado laboral español (86,4%), quedando por detrás el sexo (69%) y la nacionalidad (66,3%) (Gabriel y Herranz, 2019, citado en Doncel, 2020).

En el ámbito nacional, señala (Observatorio Envejecimiento, 2021) que el 70% de las personas encuestadas considera que las empresas prefieren contratar más a

personas jóvenes que a personas mayores. En esta línea, un 50% piensa que los jóvenes creen que los adultos mayores son personas enfermas, sedentarias y dependientes.

Respecto al ámbito educativo según Escarbajar de Haro (2003) citado por Aparicio (2013) “La práctica educativa posibilita a los mayores un aumento de su calidad de vida y contribuye a que puedan seguir siendo independientes y autónomos a lo largo de todo el proceso de envejecimiento” por lo tanto se puede evidenciar la falta de independencia y autonomía que afecta a las personas mayores en el proceso de envejecimiento proviene por el nivel educacional alcanzado según el Observatorio de Envejecimiento (2021) un 21% de las personas mayores con educación básica declara que siempre o algunas veces otras personas organizan su vida, mientras que un 17% de las personas con educación media y un 12% con educación superior lo afirma. Así también, un 28% de los adultos mayores con educación media siente que su familia nunca respeta sus decisiones, mientras que un 23% de las personas con educación básica y un 14% de las personas con educación superior, lo siente de esta manera.

Estas actitudes discriminatorias que son objeto las personas mayores pueden tener un impacto negativo en la autopercepción. Las actitudes negativas hacia la edad y los estereotipos pueden llevar a que las personas mayores se perciban a sí mismas como menos valiosas o capaces.

Snyder y Miene (1994) apuntan a que las personas mayores son un grupo al cual se dirigen por parte de la población muchas de las actitudes estereotipadas o prejuiciosas, sin embargo, luego de haber vivido lo suficiente, quienes dirigen estas actitudes pasan a ser personas mayores objeto de los estereotipos. “Por lo que no es de sorprender que exista una correspondencia entre los estereotipos de envejecimiento internalizados previamente y los auto estereotipos.” (Levy, 2003)

I.3 Auto-estereotipo de vejez y autocuidado

Chang (2020) citado por el Observatorio del Envejecimiento (2021) afirma que cuando estas representaciones negativas y erróneas se interiorizan, se vinculan con conductas poco saludables o de riesgo, enfermedades de salud mental como depresión, deterioro cognitivo y Alzheimer, enfermedades crónicas, discapacidad y hospitalizaciones. En la misma línea señala la OMS (2021), que estas conductas de riesgo son mayormente seguir una alimentación poco saludable, no tomar la medicación según lo prescrito, consumir alcohol en exceso, fumar, o alguna combinación de ellas. Por ende, la discriminación por edad se asocia con una menor esperanza de vida y una recuperación más lenta de la discapacidad.

Cotter et al., 2020 amplían esta perspectiva al explorar la relación entre el envejecimiento, la cognición, la integridad de la materia gris y el estado de ánimo positivo en adultos mayores. Este estudio sugiere que la percepción que los adultos mayores tienen sobre su propio envejecimiento, influenciada por estereotipos internalizados, puede afectar su bienestar integral. Además, destaca que las habilidades cognitivas y la integridad de la materia blanca pueden modular la relación entre la edad y el estado de ánimo positivo.

Perdue y Gurtman (1990) exponen por su parte que cuando personas de distintos grupos de edad son sometidas de forma subliminal a elementos verbales asociados a la vejez, tienden a tomar decisiones negativas y perjudiciales de forma más rápida que si, por el contrario, se someten a estímulos que se asocian a la juventud. También Levy (1996) encontró en su estudio que aquellas personas mayores que eran expuestas a estereotipos positivos sobre el envejecimiento tenían un mayor rendimiento en pruebas de memoria y de autoestima comparados con aquellos que fueron expuestos a estereotipos negativos. Así mismo Levy et al. (2002) producto de un estudio longitudinal, reportó resultados que indicaron que aquellas personas que tenían percepciones más positivas del envejecimiento tenían una tasa de mortalidad

significativamente más baja, donde los sujetos evaluados 23 años antes viven como promedio 7,5 años más que aquellos con autopercepciones más negativas.

En este contexto, se podría asegurar que el principal problema que enfrentan las personas mayores es la discriminación debido a su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo (Huenchuán y Rodríguez, 2010).

En este contexto, señala Aranco et al. (2022, p. 36) que la discriminación por edad es un factor clave que influye en el bienestar de las personas mayores. La percepción que este grupo posee de la discriminación por edad ya sea de parte de ellos mismo o de los demás, afecta a todas las dimensiones del autocuidado, incluida la salud, la autoestima, la disposición y las posibilidades de participar socialmente.

La OMS (2021) afirma que la mitad de la población mundial es edadista con respecto a las personas mayores, lo cual refleja la magnitud del problema. Ello genera problemas a nivel de salud mental lo que incluyendo depresión, ansiedad, aislamiento social y disminución de la autoestima. “Así también genera exclusión social y la falta de acceso a servicios básicos” (Martínez et al., 2022).

En este sentido, Faramiñán (2022) expone que aún en pleno siglo XXI, se mantienen estereotipos en base a la edad. Indicando que frente a esto existe la necesidad de un cambio de paradigma, que se apoye en las instituciones y en las normas jurídicas, con el fin de poder reivindicar los derechos y el respeto a los mayores.

Así, surge la necesidad de indagar cuáles son y cómo afectan las representaciones y auto representaciones de las personas mayores respecto del envejecimiento y la vejez tanto en sí mismo como en otras personas que viven esta etapa del ciclo vital, así como también, cuál es la relación existente entre las representaciones y auto representaciones con el nivel de autocuidado que pueden adoptar en favor de su bienestar.

Al desafiar los estereotipos negativos y promover una visión positiva de la vejez, se fomenta un entorno más inclusivo y respetuoso, donde las personas mayores pueden participar activamente en la sociedad y cuidar de su bienestar de manera integral.

I.4 JUSTIFICACIÓN

En relación con lo anterior, y con la intención de aportar al bienestar y a la sustentabilidad futura de nuestra sociedad, es que desde hace algunas décadas diferentes organismos tanto internacionales como nacionales han efectuado acciones con el fin de contribuir al bienestar de las personas mayores. Basando su actuar en el resguardo de la seguridad, dignidad, los derechos, y el fomento la participación social. En base a este interés, por ejemplo, es que se desarrolla la Conferencia en Viena en 1982, el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, entre otras, (Dulcey, Arrubia y Sanabria, 2013).

A nivel nacional, han existido acciones en favor del envejecimiento y la vejez, entre ellas encontramos “La Política Nacional para el Adulto Mayor” de 2002 cuya finalidad es “dar sustento a las distintas acciones que se programen y realicen en favor de este sector, por lo tanto, debe constituirse como el factor dinamizador de programas de acción. Además, debe hacer notar la necesidad de asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación no sólo de Gobierno, sino también, de toda la sociedad” (Gobierno de Chile, 2002). Posteriormente, se instauró la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025, la cual reúne los esfuerzos de diferentes actores sociales con el propósito de crear un futuro deseable ante el cambio demográfico, trabajando en proteger la salud funcional de las personas, frenar el avance de los niveles de dependencia, fomentar el autocuidado, trabajar en la identidad, autonomía, así como en la participación e integración de las personas mayores en los diferentes espacios. (SENAMA, 2012).

Visto desde un marco un poco más amplio, la Estrategia el La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, ha planteado entre sus diferentes objetivos el

cambiar la forma en que se piensa, siente y actúa hacia la edad y el envejecimiento. Ello considerando los diferentes impactos que generar tener perspectivas negativas hacia aquel grupo etario. Aquello está directamente señalado como parte de un plan para la erradicación del edadismo, y contribuir a la presente preocupación que existe por la calidad de vida y bienestar de las personas mayores. Esta estrategia deja en evidencia la relevancia de esta temática y su magnitud, así mismo expone la trascendencia para organismos a nivel mundial para abordar esta problemática.

A pesar de la creciente atención que se presta en las políticas públicas al envejecimiento y al respeto y reconocimiento cada vez mayor de las personas de edad como titulares de derechos, siguen asentándose percepciones negativas sumamente arraigadas de la vejez, que tal como expresa Sarmiento (2015) exponen la vejez como un periodo de pérdidas y declives, dando lugar a importantes barreras para el disfrute de los derechos humanos de las personas mayores en igualdad de condiciones.

La Quinta Encuesta de la Calidad de Vida en la Vejez (2019) destaca que la discriminación por edad es una forma que afecta negativamente el bienestar subjetivo de las personas mayores. Por lo tanto, es crucial que la política pública se esfuerce en eliminar toda forma de discriminación hacia este grupo etario, promoviendo un trato justo y respetuoso que preserve sus derechos y erradique la imagen negativa y estereotipada asociada a la vejez.

En este contexto, es esencial explorar la imagen que la sociedad tiene sobre la vejez, ya que esta percepción puede ser interiorizada por las personas mayores, generando lo que se conoce como "auto estereotipo". Esta internalización puede llevar a una discriminación autodirigida, limitando las capacidades y actividades de la persona, en función de creencias estereotipadas y llevando a una autoexclusión de las oportunidades de la vida.

“Resulta relevante enfocarse en la autopercepción de la vejez en las propias personas mayores, para comprender cómo se ven a sí mismas y cómo la

presencia o ausencia de estereotipos o prejuicios sobre su etapa de vejez se relaciona con su nivel de autocuidado y hábitos de vida saludable” (OPS, 2021).

El investigar respecto de esta problemática implica detectar la existencia o ausencia de representaciones negativas del envejecimiento y la vejez, lo que permitiría trabajar en el ámbito educativo con aquellos que enfrentan discriminación en el presente y quienes podrían enfrentarla en el futuro. La necesidad de trabajar en este aspecto queda al descubierto al analizar los antecedentes expuestos por Arnold et al. (2021) en *la Sexta Encuesta de Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores* donde, por ejemplo, obtuvo entre sus resultados que el “63% de las personas declara que los miembros del grupo de 60 años y más no son capaces de valerse por sí mismas.” O los resultados del estudio “*Estereotipos Negativos y Actitudes Negativas hacia la Vejez en estudiantes de psicología de la Universidad del DMQ*” de Escuntar y Zambrano (2021) donde los resultados muestran que un 70,2% de los estudiantes de presentó niveles altos de estereotipos negativos hacia la vejez, siendo la dimensión “Carácter-personalidad” la que mayores estereotipos presentó (74,9%), lo que implica pensar que son personas rígidas en sus pensamientos y que no pueden cambiar sus comportamientos.

La ONU (2021) resalta que la educación y formación en torno al envejecimiento y la vejez son elementos clave para promover una cultura de tolerancia, empatía, diversidad y solidaridad intergeneracional, fundamentales para combatir la discriminación por edad. Estas acciones educativas permiten transmitir conocimientos sobre el valor, capacidades y roles de las personas mayores en la sociedad, así como sensibilizar acerca de las consecuencias negativas del edadismo.

Es esencial concienciar a aquellos que pueden ser objeto de edadismo y auto edadismo, mostrando las diversas formas de estereotipos y prejuicios, así como los impactos que generan y las estrategias para afrontarlos. De igual manera, resulta crucial exponer a la sociedad las prácticas impregnadas de prejuicios y estereotipos, con el fin de que puedan modificar sus acciones y creencias relacionadas con el

envejecimiento y la vejez. Estos esfuerzos deben dirigirse hacia distintos actores, incluyendo instituciones, comunidad y familia (Sánchez y Lazo, 2021; Escuntar y Zambrano, 2021).

Debe señalarse que, para abordar la problemática de manera integral, es imprescindible que tanto la sociedad en su conjunto como los estados o gobiernos de turno se involucren activamente. Esto implica desarrollar iniciativas en el macrosistema para promover entornos amigables y prevenir acciones que reproduzcan la discriminación. También es necesario trabajar en la recuperación de aquellos que han sido afectados en el microsistema, lo que contribuirá al bienestar generalizado de la población.

En este contexto, la sensibilización respecto de la formación de representaciones sociales negativas es un aspecto clave para involucrar a toda la sociedad en la promoción, prevención y erradicación de esta problemática. El Trabajo Social juega un papel fundamental al promover la participación activa de las personas mayores en la sociedad, abordando la inclusión y superando las barreras que enfrentan diariamente. Esta disciplina puede generar conocimiento relevante sobre el edadismo a nivel individual y social y propiciar estrategias para eliminar estereotipos, prejuicios y actitudes negativas hacia la vejez y el envejecimiento.

El quehacer del Trabajo Social puede contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas que atraviesan la etapa de la vejez, amplía el campo de investigación y acción, generando conocimiento que puede aportar en relevar la importancia del edadismo a nivel individual y social, generando conocimiento sobre el estado actual de la realidad social, analizando y reflexionando críticamente sobre este fenómeno, junto con propiciar el establecer estrategias de acciones encaminadas a la erradicación de los estereotipos, prejuicios y actitudes negativas hacia la vejez y el envejecimiento. De igual forma, abarcar investigaciones con personas mayores implica abrir el camino a la formación específicas de profesionales del trabajo social en gerontología, lo que lleva consigo principios de atención tales como “establecer una personalización,

integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social y continuidad” (Martínez, 2011) en las personas mayores. A la vez, resulta necesario profundizar en investigaciones relacionadas con el campo de la gerontología, desde la profesión, debido a que tal como ha quedado expuesto en las páginas anteriores, el fenómeno del envejecimiento poblacional crece constantemente y cobra cada vez más relevancia.

Por otra parte, al detallar ello, se insta a desafiar y cambiar los estereotipos negativos asociados al envejecimiento. Para así fomentar una visión más positiva y realista de las personas mayores puede contribuir a promover su salud física y mental, así como a crear entornos más inclusivos y respetuosos. Al desafiar los estereotipos, podemos reconocer y valorar la diversidad y el potencial de las personas mayores, permitiéndoles vivir vidas plenas y significativas, independientemente de su edad.

II. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

II.1 MARCO TEÓRICO

- Teorías de las Representaciones Sociales. Moscovici (1979)

La teoría implica la articulación de las dimensiones cognitivas y sociales para la construcción de la realidad. Por medio de los procesos de comunicación y pensamiento, se generan representaciones sociales, a través de las cuales los sujetos procuran entender y dominar los conocimientos que existen en su entorno.

De acuerdo con Moscovici las representaciones sociales no solo están en la mente de los individuos, sino en la cultura, en la sociedad, en el mundo. El fundamento de esta teoría es que los sujetos aprehenden y conciben la realidad por medio de saber práctico, de sentido común, construido en la experiencia, interacción, comunicación, es decir en las vivencias cotidianas de los sujetos con grupos sociales que rodean. El propósito de las representaciones, de acuerdo con esta teoría, es sintetizar las

explicaciones sobre la realidad, jugando un rol preponderante en el cómo la gente piensa sobre determinados elementos y como organiza su vida cotidiana. (Mora, 2002)

Moscovici (1979) define las representaciones sociales como: una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios y liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979, como se citó en Araya, 2002, p.27).

Para Moscovici (1981) las representaciones sociales consisten en un sistema de valores, ideas y prácticas que permiten a las personas orientarse en la sociedad y facilitar su interacción a través de códigos para designar y clasificar la variedad de aspectos de su mundo e historia tanto individual como grupal (Moscovici, 1981, citado en Gómez, 2003, p. 121).

Jodelet (1984) indica que las representaciones sociales son un saber de sentido común hacen alusión a una forma de pensamiento y conocimiento socialmente construido y compartido. Es la manera en que los sujetos sociales, aprehenden los acontecimientos de la realidad, las características de las personas, del entorno, atributos del ambiente y las informaciones que en el circula. Se indica que este tipo de conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social (Jodelet, 1984 citado en Perera, 2003).

Como tal las representaciones sociales se adquieren por medio de la cantidad y calidad de información además de los conocimientos que se tenga del objeto representado, también de la ordenación y estructuración que se haga de los contenidos. Existen, además, procesos de objetivación, en el cual la información se traduce en conocimiento concreto y compartido a cerca de un objeto, y también

procesos de anclaje donde las imágenes y significados del objeto pasan a formar parte de conocimientos y creencias personales, permitiendo construir categorías respecto de las cuales se puede evaluar o clasificar a personas y grupos, lo que lleva a que se expresen a través de actitudes, que implican las valoraciones en torno al foco representado (Sarmiento, 2015).

Moscovici (1986) indica que las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas; nos permiten interpretar lo que nos sucede, y aún dar sentido a lo inesperado. Son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y las personas con quienes tenemos algo que ver (Moscovici, 1986; citado por Vergara, 2007).

El papel que desempeñan las representaciones en la configuración de los grupos sociales, y especialmente en la conformación de su identidad, las instituyen como fenómenos sociales. Dentro de sus funciones, están las de conocimiento, que permiten comprender y explicar la realidad, incorporar nuevo conocimiento, junto con facilitar y ser condición para la comunicación social. Además, tienen una función identitaria en los grupos, que permite situarlos en un contexto social (Perera, 2003). De igual manera, permiten guiar los comportamientos y prácticas a través de sistemas de anticipación y formación de expectativas, o bien por medio de la filtración de información, junto con justificar los comportamientos o toma de posiciones en situaciones sociales. Así mismo, tienen como condicionante la inserción social de los agentes, dependiendo de las imágenes y significados que los diferentes grupos sociales otorgan al objeto representado, ya que estos varían en función de la propia ideología del grupo, así como de la disponibilidad de la información existente en el contexto comunicativo (Ibáñez, 1994 como se citó en Sarmiento, 2015).

Generalmente, la vejez ha sido opacada por una sociedad que pondera los valores de juventud (belleza, fuerza, rapidez, innovación, eficacia), y subestima la vejez mostrándola solamente como sinónimo de pobreza en lo económico, inactividad en el

ámbito laboral, marginalidad en la vida sociocultural y enfermedad en la salud (Sarmiento, 2015).

Desde esta lógica es posible analizar las representaciones sociales que existen, en este caso particular de la investigación, sobre la vejez en sujetos que experimentan esta etapa. Se ha planteado que la “vejez” es una construcción social influida por discursos científicos y contextos sociales, que se traducen en representaciones sociales, con un cierto tipo de conocimiento general y compartido, que circula en la sociedad y que establece de manera general lo que significa esta etapa.

Las representaciones de la vejez, al igual que los otros fenómenos, implican siempre un proceso de reconstrucción, dentro de un contexto de acciones e interacciones que las modifica y recrea activamente, producto de los encuentros e interacciones entre los individuos y los grupos. Por medio de esta teoría es posible identificar qué representaciones existen, en las personas mayores sobre la vejez, considerada esta como una construcción social, donde la definición que desarrollen va a depender del contexto social y cultural en el que están insertos, y de las ideas, valores o ideologías transmitidas dentro de la sociedad. Además, esta teoría posibilita el analizar cómo las personas se caracterizan en esta etapa, en un tiempo y espacio determinado, analizando qué significaciones atribuyen a su etapa y detallando cómo se representan a partir de la interacción o contacto con la sociedad, junto con examinar la identificación de las personas mayores con las valoraciones, significados e imágenes asociadas a la vejez. Las que tal como indica Peñaranda (2018) refuerzan la existencia de esta como objeto o entidad social preexistente al sujeto.

Por ende, en base a las representaciones sociales es posible caracterizar cuales son las particularidades, imágenes o creencias que atribuyen las personas mayores a la vejez. Las que pueden estar permeadas por estereotipos o prejuicios adquiridos producto de la interacción entre los procesos cognitivos y de relaciones interpersonales, grupales y sociales, los que condicionan las reelaboraciones sociales y culturales que se realizan sobre ella. Por lo tanto, se puede utilizar este planteamiento

teórico para conocer las categorizaciones y descripciones que han adoptado las personas mayores para representar su propia vejez, la vejez de sus pares y determinar la existencia, en su construcción, de estereotipos, actitudes y/o prejuicios negativos sobre la misma.

- **Teoría de la Encarnación del Estereotipo (SET) Levy (2009)**

La Teoría de la Encarnación del Estereotipo SET (Stereotype Embodiment Theory, en inglés) es una teoría introducida por Levy (2009). En ella se propone que los estereotipos culturales y sociales pueden tener un impacto en la forma en que las personas se perciben y se comportan, influyendo en su salud física y mental.

Para Levy (2009) las personas, desde edades tempranas, interiorizan estereotipos del envejecimiento a lo largo de su vida, actuando al interior de los individuos inconscientemente, lo que va ganando relevancia con el paso del tiempo a través de vías psicológicas, conductuales y fisiológicas (Levy, 2009 como se citó en Doncel, 2020).

De acuerdo con Doncel (2020), **en la vía psicológica**, los estereotipos del envejecimiento generan distintas expectativas sobre el propio envejecimiento que actúan como profecías autocumplidas. En lo relativo a la **vía conductual**, la adopción de ciertos comportamientos está dado por la aceptación de estereotipos negativos, y una autopercepción negativa del envejecimiento, la que se establece, por ejemplo, por la creencia de que todos los problemas de salud son una consecuencia inevitable del envejecimiento. **La vía fisiológica** se vincula con sistema nervioso autónomo, el cual responde al estrés del entorno, aquí las personas mayores al estar sometidas a estereotipos negativos desarrollarían una respuesta cardiovascular más descompensada frente al estrés en comparación con quienes están expuestos a estereotipos positivos.

Según esta teoría, los estereotipos son representaciones sociales simplificadas y generalizadas que se atribuyen a ciertos grupos de personas en función de

características como la raza, el género, la edad, la orientación sexual, entre otras. Estos estereotipos son internalizados por las personas a lo largo de su vida a través de la socialización y la interacción con su entorno.

Incluir esta teoría en la presente investigación cobra relevancia ya que es necesario reconocer la importancia de la Teoría de la Encarnación del Estereotipo SET en relación con las personas mayores. Como indica esta teoría en el curso de vida se produce un proceso de interiorizar ideas, creencias, actitudes y comportamientos estereotipados, prejuicios y sesgados implica situarse desde ello, generando acciones y pensamientos que pueden implicar una merma en las condiciones de vida y bienestar biopsicosocial de las personas mayores. Desde esta lógica, se puede analizar como la presencia de estos estereotipos o prejuicios influye en la autopercepción que tienen las personas mayores de sí mismo, en diversas dimensiones de la vida, los que, además, influyen en las formas de definirse, representarse y comportarse, generando posiblemente auto prejuicios y auto-estereotipos que pueden impactar en su bienestar biopsicosocial.

II.2 MARCO CONCEPTUAL:

II.2.1 Envejecimiento y vejez

El envejecimiento comprende un proceso que comienza antes del nacimiento y que se va desarrollando a lo largo de la vida, implicando con ello el desarrollo y transformación en diferentes aspectos, como el biológico, psicológico y social, que se dan en todo organismo y al cual todos estamos enfrentados. En él pueden existir diferencias de acuerdo con condiciones hereditarias o genéticas, así como también de acuerdo con las conductas o ambientes en que se ha desarrollado un sujeto. Por ello, se debe precisar que estos cambios no son homogéneos para toda la población. (OMS, 2015)

De acuerdo con Abreu (2009) citado por (Américas, 2014, p. 56):

“El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a

lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de las condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y del estilo de vida de cada individuo” (p. 213).

Desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) se ha expuesto que el envejecimiento es un proceso de cambios graduales e irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo. Se extiende por toda la vida y engloba una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez.

Un concepto muy relacionado y que tiende a confundirse con el envejecimiento es el de “**vejez**”, la cual ha sido definida como la última fase del proceso de envejecimiento, que equivale a vivir muchos años en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Se señala que los límites (a excepción de la muerte) han sido siempre imprecisos y dependientes, pero que sin embargo es correcto decir que la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere (Dulcey y Uribe, 2002).

Erikson (1950) plantea que esta etapa se caracteriza por un periodo de renuncia y sabiduría en el que los individuos se reconocen únicos, con sus fortalezas, sus debilidades y ven sus experiencias pasadas de forma positiva, a pesar de los errores que se hayan cometido. Ello permite afrontar y adaptarse a nuevas situaciones, conservando su propia identidad. Predominan, además, actitudes positivas y la resolución de dificultades que se puedan presentar (Erikson, 1950 citado por Ocampo y Londoño, 2007, p. 1077).

Se podría decir entonces que la vejez es el resultado de un conjunto de transformaciones y fenómenos que forman parte del envejecimiento. Es la fase final de la etapa de envejecimiento o la última fase de la vida del ser humano, en el que el estado de una persona, debido a estos cambios, sufre diferentes transformaciones que hacen mucho más evidente los síntomas propios de este período (Alvarado y Salazar,

2014).

II.2.2. Estereotipos sobre vejez

El estereotipo es un conjunto de rasgos asociados a un grupo o categoría social, lo que supone que son creencias generalizadas sobre atributos y conductas que caracterizan a los miembros de un grupo. Estos presentan ciertas características como lo son: la generalización de los rasgos en un grupo social; la distintividad que implica la diferenciación de rasgos entre grupos; y el asumir las categorías que definen a una colectividad como algo consensuado y compartido (Echevarría y González 1995, como se citó en Gómez, 2003).

Se puede decir que los estereotipos son categorizaciones y valoraciones generalizadas que están formados por opiniones, interpretaciones e ideas generalizadas y ambivalentes que pueden ser tanto positivas como negativas (Olmos, 2019). Se realizan con rapidez y sin ser razonados, con el propósito de designar a personas o grupos, además, en la mayoría de las ocasiones son erróneos o inexactos. Implican tipificar a través de connotaciones peyorativas o negativas, las que están insertas en el discurso social, lo que los hace difícil de poder cambiar o erradicar (Arias, 2014).

Respecto de los estereotipos sobre la vejez, Palmore (1990) citado por Losada (2004) indica que estos se presentan con características que los hace ser rígidos, producir una valoración exagerada, sin una base real, además de no reflejar las virtudes y características del foco al que se dirigen y homogenizar a poblaciones, ignorando sus características individuales.

Los estereotipos negativos acerca de la vejez, específicamente entendidos como ideas despectivas sobre la población mayor que la vinculan con un periodo de pérdida de capacidades, deterioro y enfermedades, son elementos críticos que influyen en diversos aspectos de la vida de las personas mayores (Escutar y Zambrano, 2021). La formación de estos estereotipos está intrínsecamente relacionada con el contexto y

la cultura, y su alcance dependerá de la connotación que la sociedad atribuya a la vejez, la cual suele asociarse con una perspectiva de decadencia inevitable (Fárez, 2016).

En este contexto de estigmatización de la vejez, **la autoeficacia** emerge como un recurso fundamental. La autoeficacia no solo se percibe como la confianza en la propia capacidad para superar las dificultades personales y situacionales, sino que también se revela como un factor clave para contrarrestar los efectos perjudiciales de los estereotipos en la población mayor. Al fomentar la confianza en la capacidad individual de afrontar los desafíos asociados con el envejecimiento, la autoeficacia se presenta como un elemento crucial para impulsar la salud y el bienestar en la etapa de la vejez (Espada, 2012; Pender, Murgough y Parsons, 2002, citado en Manyari, 2016). Esta conexión entre la autoeficacia y la resistencia a los estereotipos enriquece la comprensión de cómo las percepciones individuales pueden ser herramientas fundamentales para mejorar la calidad de vida en la población mayor.

No obstante, la existencia de estereotipos negativos sobre la vejez introduce obstáculos significativos en diversos niveles. Estos estereotipos no solo impactan en la naturaleza de las relaciones con la población mayor, sino que también influyen en el comportamiento y en la autopercepción de las personas mayores respecto a su proceso de envejecimiento (Gómez, 2003). La presencia persistente de estos estereotipos, como señalan Acuña et al. (2017), dificulta la integración de la población mayor en la sociedad, modelando de manera sustancial la experiencia y el proceso de envejecimiento. En este sentido, la autoeficacia no solo se erige como un elemento clave en la gestión de las dificultades, sino que también se muestra como un recurso esencial para contrarrestar los efectos perjudiciales de los estereotipos en la población mayor.

A la vez, tal como pueden existir estereotipos de ciertos grupos hacia otros, también pueden existir los llamados “hetero estereotipos”, los que consisten en ideas preconcebidas que se tienen del propio grupo al que se pertenece, las cuales tienen influencias del entorno. Esto resulta interesante ya que dentro del colectivo de mayores

se podría dividir a los sujetos en subgrupos, obligando a resaltar diferencias entre ellos, poniendo de manifiesto la existencia de hetero y autoestereotipos. (Gómez, 2003)

Según Latrofa et al. (2010) el autoestereotipo puede ocurrir cuando los individuos internalizan los sesgos y expectativas sociales, lo que los lleva a adoptar y expresar creencias o comportamientos que son consistentes con los estereotipos atribuidos a su grupo. Esto puede resultar en una percepción limitada y distorsionada de sí mismos, así como influir en sus actitudes, comportamientos e interacciones con los demás.

Muchas veces se tiende a usar los conceptos de estereotipos y prejuicios como sinónimos, sin embargo, existen diferencias entre ellos. Los prejuicios son una actitud negativa producto de un estado emocional y afectivo efectuado persona a persona, lo que se traduce en negación o rechazo. Mientras que los estereotipos pertenecen al plano cognitivo, en el cual se forman creencias descriptivas y generalizadas que no reflejan los atributos reales sobre personas o colectividades. Además, los prejuicios requieren de una valoración o juicio previo, para que posteriormente se dé una conducta de rechazo. Los estereotipos, por otra parte, pueden ser positivos o negativos, mientras que el prejuicio, únicamente puede ser negativo (Jiménez-Frías, 2002, como se citó en Doncel, 2020).

II.2.3 Edadismo

Robert Butler (1969) fue el primero en acuñar este término, definiéndolo como “el prejuicio de un grupo de edad sobre otro grupo de edad”.

Butler, en este caso, no se refería tan solo a la discriminación de las personas mayores, sino que pretendía señalar los reproches que las personas de edad media dirigían tanto hacia las personas jóvenes como a las mayores (Ramos, 2021)

Sin perjuicio de lo anterior, debemos hacer la precisión de que, para efectos de la presente investigación, el edadismo es entendido y como un acto que implica prejuicio, estereotipo y discriminación respecto de personas mayores:

“Edadismo es el conjunto de estereotipos, prejuicios y acciones o prácticas discriminatorias contra las personas mayores que están basados en la edad cronológica o en la percepción de que son “viejas” (o “ancianas”) ... el término “anciano” se utiliza a menudo para describir a una persona de edad, o a las personas de edad en general. Sin embargo, el uso de este término perpetúa los estereotipos edadistas sobre las personas mayores, al sugerir que son frágiles, vulnerables y que carecen de capacidad” (ONU, 2021).

El concepto de edadismo es polifacético. Y como se explicita en la anterior definición, se compone de tres elementos centrales, estos son: **el prejuicio**, entendido como lo que sentimos respecto de las personas mayores; **el estereotipo**, comprendido como las ideas preconcebidas que tenemos arraigadas en nuestra mente respecto de las personas mayores y **la discriminación**, que dice relación con el componente conductual o más precisamente, con el cómo actuamos respecto de este grupo de la población.

Además, es importante mencionar que el edadismo puede manifestarse tanto de forma implícita como explícita. El *edadismo implícito* se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones estereotipadas y prejuiciosas que una persona tiene hacia los demás o hacia sí misma, sin que exista un conocimiento consciente de ello. Estos sesgos suelen ser inconscientes y están fuera del control de la persona que los experimenta. Es relevante destacar que las personas que exhiben edadismo implícito pueden no ser conscientes de sus propios prejuicios y pueden racionalizar sus comportamientos atribuyéndolos a otros factores, sin reconocer el papel que juega el edadismo en sus actitudes y acciones.

Por otro lado, según la OPS (2021) el *edadismo explícito* se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones edadistas que una persona tiene hacia los demás o hacia sí misma de manera consciente e intencionada. En este caso, la persona

es plenamente consciente de sus actitudes y creencias basadas en estereotipos de edad y actúa de acuerdo con ellos de manera deliberada.

El carácter polifacético del edadismo implica también el hecho de presentarse en distintos niveles de la vida en sociedad. La OPS (2021) señala la existencia de tres formas de manifestación del edadismo. Estos son el edadismo **institucional**, **interpersonal** y el **autoinfligido**.

El primero dice relación con las estructuras societarias a nivel macrosocial, es decir leyes o normas sociales, y como estas influyen en instituciones de salud, educación, financieras, etc.

El segundo se refiere a aquellas formas de discriminación que surgen de las relaciones interpersonales, es decir, que ocurren cuando un sujeto se relaciona con otro, lo que puede presentarse entre individuos de la misma edad o entre personas de diferente rango etario.

El auto edadismo o denominado también edadismo autoinfligido genera por su parte en la persona mayor la adopción de ideas y creencias erróneas de sus características en la vejez, así como también implica el retraimiento y posterior disminución de la participación social, negando y dificultando el contacto intergeneracional, a través del cual se pueda aprovechar la gran riqueza de conocimiento y pericia que puedan aportar las personas mayores, a la vez que ellos pueden adoptar e incorporar nuevos aprendizajes y seguir desarrollándose. Así lo ha expuesto la OMS (2018) citado por Cantú (2020) donde expone que *“Las personas mayores son un recurso estupendo para la familia, la sociedad y la fuerza de trabajo formal o informal. Poseen un gran acervo de conocimientos y pueden ayudarnos a no repetir los errores”* (p. 224).

II.2.4 Autocuidado en salud de las personas mayores

La calidad de vida es un concepto que ha sido definido de diversas maneras y abarca tanto aspectos objetivos como subjetivos (Sharlock y Keith, 1993, citado en Sanabria, 2016). Algunas definiciones consideran la calidad de vida como las condiciones de vida medidas a través de indicadores de salud física, relaciones sociales, actividades, funciones y ocupación, que pueden ser comparados entre personas. Otras perspectivas plantean que la calidad de vida es un estado de bienestar subjetivo que se evalúa a través de la satisfacción que las personas tienen con sus vidas. También se ha propuesto que la calidad de vida puede incluir tanto las condiciones de vida como la satisfacción de estas. Las condiciones de vida pueden ser evaluadas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, y al combinarlos con indicadores subjetivos en cada área, se obtiene un resultado de bienestar general (Felce y Perry, 1995, citado en Botero y Pico, 2007).

La calidad de vida varía según las etapas del ciclo vital y las características individuales de cada sujeto. En el caso de las personas mayores, la calidad de vida implica necesariamente aspectos subjetivos y objetivos.

La calidad de vida ha sido investigada en diferentes grupos etarios, por ende, existen aspectos que son comunes a todos los grupos, pero existen otros que resultan ser más relevantes en unos que otros. Por tal razón, existen elementos y factores específicos que intervienen en la calidad de vida en la vejez (Osorio, Torrejón y Anigstein, 2011).

En el caso de las personas mayores, es deseable que esta calidad de vida sea construida de manera favorable, de modo que perciban la vejez como una etapa de continuación del proceso vital en lugar de considerarla como una fase de declinación funcional y aislamiento social. Para la construcción adecuada de la percepción de la calidad de vida en las personas mayores, influyen tanto los vínculos positivos que se establezcan como los factores contextuales en el ámbito familiar y social (Queirolo, Barbosa y Ventura, 2020). Por lo tanto, la forma en que las personas mayores se

relacionan, así como su exposición e interacción en entornos permeados o no por actitudes y creencias estereotipadas, pueden tener un impacto en su bienestar y percepción de calidad de vida.

Los patrones conductuales de los que se compone el autocuidado son formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de manera ordenada y frecuente, lo que los convierte en hábitos. Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos, suelen ser difíciles de modificar. La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el autocuidado son importantes en todas las etapas de la vida, incluida la vejez. Sin embargo, existe la creencia de que puede ser demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable en esta etapa (Limón y Ortega, 2011).

Así, según Campos-García et al. (2018) el autocuidado emerge como un concepto fundamental en el mantenimiento y promoción de la salud y bienestar de las personas mayores. Se define como la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas, su salud y apariencia personal, y se extiende a actividades como el ejercicio y una alimentación saludable. Esta perspectiva racional del autocuidado destaca su papel en la prevención de enfermedades, el control de la salud y la restauración tras una lesión o enfermedad.

Señala Swift et al. (2020) que la discriminación en base a la edad y los estereotipos relacionados con la edad pueden tener una influencia significativa en el autocuidado. Según el modelo de Riesgos del Ageismo (RAM), la internalización de estereotipos puede afectar a los determinantes económicos, conductuales, personales y sociales del envejecimiento activo. Esto significa que las personas mayores que internalizan estereotipos negativos sobre el envejecimiento pueden verse influenciadas en su comportamiento y decisiones relacionadas con la salud. Por ejemplo, pueden sentirse desmotivadas para participar en actividades físicas o adoptar hábitos alimenticios saludables debido a la creencia de que su edad les impide hacerlo.

“Es importante tener en cuenta que las representaciones de la vejez y la exposición o asimilación de estereotipos, prejuicios y actitudes negativas pueden influir en las actitudes y comportamientos de afrontamiento que las personas adoptan, lo que puede tener un impacto en su bienestar” (Queirolo, Barbosa y Ventura, 2020).

II.2.5 El Autocuidado y algunas conductas relacionadas

- **Adherencia a tratamiento:** Una de las dimensiones del autocuidado es lo relativo a salud. Dentro de ella podemos encontrar lo relativo a la adherencia a tratamiento, la cual es definida por la OMS (2004) como “el grado en que el comportamiento de una persona, es decir tomar el medicamento, seguir la dieta indicada y cambiar los estilos de vida, se corresponde con las recomendaciones de un prestador de asistencia sanitaria”. Así mismo se puede agregar que incluye la asistencia a citas médicas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida (Gil, Belda y Piñero 1999, como se citó en López et al., 2016)

En el marco de esta investigación, resulta esencial examinar la relación entre los estilos de vida saludables, la discriminación y los estereotipos, y su impacto en algunos aspectos de la calidad de vida en las personas mayores. En este sentido, la presencia de discriminación y estereotipos basados en la edad puede obstaculizar la adopción de estos estilos de vida, afectando negativamente la calidad de vida en términos de bienestar físico, funcionalidad, autonomía e incluso la adherencia a tratamientos. Por tanto, comprender cómo estos factores influyen en la calidad de vida es esencial para desarrollar estrategias que promuevan un envejecimiento saludable en las personas mayores.

- **Salud Mental:** La salud mental es definida según (World Health Organization: WHO, 2022) como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte

fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental se puede entender como un estado de bienestar que permite que uno esté en armonía con otros y con uno mismo. La salud mental no significa no tener enfermedades, sino que es estar en equilibrio con distintas emociones y sentimientos. (SENAMA et al., 2021)

- **Salud Física:** Según la Academia Europea de Pacientes (EUPATI) (2020) se refiere al estado general de bienestar del organismo, considerando diversos factores que van desde la ausencia de enfermedades hasta el estado físico. Es fundamental para el bienestar general y puede estar influenciada por múltiples aspectos, incluyendo el estilo de vida, como la dieta, el nivel de actividad física y los hábitos, la biología humana, que abarca la genética y las características fisiológicas de una persona, el ambiente que rodea a la persona, incluyendo la exposición a factores como la luz solar o sustancias tóxicas, y finalmente, las prestaciones de asistencia sanitaria, ya que una atención médica adecuada puede facilitar la prevención, detección y tratamiento de enfermedades.
- **Alimentación saludable:** Una alimentación o dieta saludable es aquella que contiene un número suficiente de alimentos de calidad, para lograr el crecimiento y desarrollo adecuado de todas las personas, respaldando el funcionamiento y bienestar físico, mental y social durante el curso de la vida. (Ministerio de Salud, 2022)
- **Empoderamiento en salud:** En el ámbito sanitario, el empoderamiento en salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las acciones y decisiones que afectan a su propia salud (Gracia, 2020)

Por otro lado, la OMS citada por Volpie Suarez en el año 2022 define el empoderamiento como “un proceso a través del cual las personas obtienen un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, y como tales, las personas

y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a información y recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar”.

II.2.6 Enfoques de Envejecimiento:

a) Enfoque de Envejecimiento Activo:

La OMS (2002) buscó contribuir a una formulación precisa del concepto de envejecimiento activo y lo define como: “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El modelo de la OMS (2002) está basado en 4 pilares fundamentales: “participación”, “salud” y “seguridad”, y el último añadido en el año 2015 denominando “aprendizaje a lo largo de la vida”. Este enfoque considera varios determinantes, cada uno de los cuales incluye diversos aspectos como lo son los determinantes relacionados con los servicios sociales y sanitarios, que implican la promoción de la salud y prevención de la enfermedades y servicios de salud mental (Rita et al., 2014). Determinantes conductuales relacionados con adoptar estilos de vida saludables, donde se analiza el consumo de tabaco, ingesta de alcohol, realización de actividad física, alimentación sana, medicación y cumplimiento terapéutico. Determinantes relacionados con factores personales como el estado psicológico, genético y biológico. Determinantes relacionados con el ambiente físico, tales como entornos físicos como tal, seguridad en la vivienda, caídas y ausencia de contaminación. Determinantes relacionados con el entorno social que refieren a las oportunidades de educación y aprendizaje a lo largo de toda la vida, el apoyo social y las redes que lo sustentan, la prevención de la violencia y el abuso, todos ellos como factores clave del ambiente social que pueden mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Por último, determinantes económicos: ingresos, protección social y trabajo (Ramos, et al., 2016).

Señala la OMS (2002) que el enfoque de envejecimiento activo busca potenciar el bienestar físico, mental y social a lo largo de todo el ciclo vital, participar en la sociedad de acuerdo con las necesidades, deseos y capacidades de los individuos, mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesiten. Se usa el término “activo” para referirse a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, desechando la idea de circunscribirse en lo relativo a actividad física solamente. Buscando así, ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen.

“Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.” (OMS, 2005).

b) Enfoque de Envejecimiento Positivo:

El envejecimiento positivo, según lo indica SENAMA (2018) implica quitar toda imagen negativa acerca de la vejez, educando a las nuevas generaciones para programar sus vidas y sus carreras pensando que nunca es tarde mientras se tengan proyectos. El envejecimiento positivo habla de los mayores desde un enfoque de derechos, los posiciona como personas claves en la sociedad, y se resalta que el envejecimiento no solamente es el hecho de llegar a cierta edad.

Señala Calvo (2013) que el envejecimiento positivo es un enfoque que busca la creación de un futuro que sea atractivo tanto para los individuos como para la sociedad en general. A nivel individual comienza con la gestación y termina con el “buen morir”, mientras que para las sociedades comienza con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la tasa de natalidad, no teniendo un término claro. Para complementar, el autor agrega que el Envejecimiento Positivo busca que las personas mayores sean

autovalentes y se integren a los distintos ámbitos de la sociedad, reportando altos niveles de bienestar subjetivo.

“Como concepto el envejecimiento positivo contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derecho. El desarrollo de estos enfoques ha sido secuencial y acumulativo, de tal forma que los nuevos enfoques incorporan los postulados de enfoques anteriores en vez de reemplazarlos. El enfoque del envejecimiento positivo le agrega a los enfoques del envejecimiento saludable y activo una preocupación explícita por el bienestar subjetivo” (Calvo, 2013).

c) Enfoque Envejecimiento Saludable:

El envejecimiento saludable en un inicio estuvo más orientado a una mirada desde lo biomédico. Sin embargo, actualmente, el concepto de Envejecimiento Saludable se ha retomado con una visión más integral, en la cual expone que envejecer saludablemente no es solo la ausencia de la enfermedad, sino que incluye la calidad de vida, participación social, independencia funcional a lo largo del ciclo vital. Así, a partir del año 2011 investigadores asociados a FUTURAGE², deciden adoptar el término “Envejecimiento saludable” como concepto integral que aborda la salud física, mental, conductual y necesariamente engloba condiciones psicosociales de seguridad y participación:

“Incluye el concepto subjetivo (y psicológico) de bienestar. Empíricamente, la cuestión es evidente cuando se trata de establecer la prevalencia del envejecimiento positivo utilizando distintos indicadores, “simples” o “combinados”, objetivos y subjetivos del envejecimiento saludable. En estos estudios se arrojan distintos resultados en dependencia del tipo de indicador de

² Proyecto financiado por la Comisión Europea en 2011 para elaborar un mapa de la investigación europea sobre envejecimiento para los próximos 15 años.

una extraordinaria amplitud que oscila del 80 al 10%” (Fernández-Ballesteros, et al. 2011).

Por otro lado, según la OPS (2017) y su postulado desde La Década de Envejecimiento Saludable 2021-2030: El envejecimiento saludable se caracteriza por ser un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo del ciclo vital. Se basa en la idea de que el envejecimiento no tiene por qué implicar una disminución inevitable de la calidad de vida, sino que puede ser una etapa en la que se disfruta de un buen estado de salud física, mental y social.

Para lograr un envejecimiento saludable, es fundamental adoptar un estilo de vida activo y saludable. Esto implica mantener una alimentación equilibrada y nutritiva, realizar actividad física regularmente y evitar el sedentarismo. Además, es importante mantener una buena salud mental, promoviendo la estimulación cognitiva y emocional, manteniendo relaciones sociales significativas y participando en actividades que brinden satisfacción y propósito.

El envejecimiento saludable también implica el acceso a una atención médica adecuada y oportuna. Esto incluye realizar chequeos médicos periódicos, recibir los tratamientos necesarios y gestionar de manera efectiva las condiciones de salud crónicas que puedan surgir. Asimismo, es esencial mantener una actitud positiva hacia el envejecimiento, cultivando la resiliencia y adaptándose a los cambios que puedan presentarse.

II.2.7. Convenciones y políticas sobre Envejecimiento:

Década del envejecimiento saludable:

Muy relacionado con el enfoque mencionado, la OMS ha establecido La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) como la principal estrategia para construir una sociedad para todas las edades. Ella ofrece la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones

académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven. Debido a que la población envejece en todo el mundo con más rapidez, los países y partes interesadas se han comprometido a no dejar a nadie desatendido y se han propuesto garantizar que todas las personas puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un entorno saludable (OMS, 2021).

Las cuatro áreas de acción de la década del envejecimiento saludable son:

1. Cambiar la forma en que pensamos sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento. Dentro de las contribuciones y las acciones que son realizadas por los adultos mayores hacia las comunidades y familiares aún existen los estereotipos, prejuicios y discriminación en base a la edad.
2. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Los entornos físicos, sociales y económicos, tanto rurales como urbanos, son determinantes importantes del envejecimiento saludable y son parte de las poderosas influencias en la experiencia del envejecimiento y en las oportunidades que ofrece el envejecimiento.
3. Ofrecer atención integrada Centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores. Es necesario que Los sistemas de salud proporcionen una atención sanitaria de calidad hacia las personas mayores que asocié a los proveedores, entornos y una prestación sostenible de atención a largo plazo. Por lo que se requiere unificar el sector sanitario y el social, en un enfoque que tenga por un objetivo para lograr una mejor atención a los adultos mayores.
4. Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan. La disminución de la capacidad física y mental puede limitar la capacidad de las personas mayores para cuidarse a sí mismas y participar en la sociedad (OMS, 2021)

Acciones internacionales

Diversos organismos a nivel internacional han realizado acciones que denotan el interés por las temáticas del envejecimiento y la vejez. Ello ha dado lugar a estrategias y planes con recomendaciones y principios para llevar a cabo políticas y actuaciones en beneficio de las personas mayores.

Una de las primeras acciones a nivel internacional fue la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 1982 en Viena. La cual buscó garantizar la seguridad económica y social de las personas mayores, así como brindar oportunidades para que ellas contribuyan al desarrollo de sus países. De igual forma pretendió que la sociedad reaccione ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y ante las necesidades especiales de las personas de edad avanzada (ONU, 1982).

Posterior a ello, en 2002, surge la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid, la cual generó la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento que buscaron responder a los desafíos del envejecimiento. El primero se orientó a trabajar el envejecimiento en lo social, económico y cultural. Mientras que el Plan de Acción Internacional se centró en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable. Además, se propuso trabajar para la formulación de políticas e instar a diferentes actores en las posibilidades de reorientar la manera en que sus sociedades perciben a los ciudadanos de edad, se relacionan con ellos y los atienden. Ello a fin de garantizar que la población pueda envejecer con seguridad y dignidad, así como también continuar participando en la sociedad y ejercer sus derechos (ONU, 2003).

Derivado de lo anterior, el 2003 en Santiago de Chile se llevó la primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, cuyo objetivo fue adoptar “La Estrategia Regional para su implementación en América Latina y el Caribe del plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” (2003) que

representa un marco de referencia regional que los países deben adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores, propiciando la creación de condiciones que favorezcan un envejecimiento individual y colectivo con seguridad y dignidad, orientando sus acciones en favor de tres ejes: Participación; Salud y Bienestar; Entornos Físicos y Sociales (CEPAL, 2004).

Luego de ello, en Brasilia, Brasil se desarrolla “La Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (2007), denominada también “Declaración de Brasilia ” que buscó promover el reconocimiento y respeto de los derechos humanos de las personas mayores. En el año 2012 se realizó la segunda reunión de un grupo de trabajo en Washington, D.C., sobre la protección de los derechos humanos de personas mayores, en ella se planeó abordar desafíos en 4 áreas: superación de la discriminación por edad considerada como una discriminación interseccional, superar la pobreza y condiciones de vida precarias de las personas mayores, erradicar la violencia, abuso y malos tratos hacia ellos y resolver la falta de servicio y medidas específicas para el disfrute de sus derechos (CEPAL, 2004).

En el año 2012, en San José, Costa Rica, se desarrolló la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. En ella se generó la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe con el propósito de identificar acciones clave en materia de derechos humanos y protección social de las personas mayores en la región. Además de adoptar medidas a todo nivel para ampliar de manera progresiva la cobertura y calidad de los sistemas de protección social, incluidos los servicios sociales para una población que envejece, y poner en práctica acciones dirigidas a reforzar la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, sin discriminación de ningún tipo (CEPAL, 2012).

Política de Personas Mayores en Chile:

El Gobierno de Chile, en su "Política Nacional del Adulto Mayor" de 2002, establece que esta política debe entenderse como un marco de referencia y actuación permanente, con la finalidad de sustentar las acciones planificadas y realizadas en favor de las personas mayores. Su objetivo principal es lograr un cambio cultural en toda la sociedad, promoviendo un trato y una valoración positiva hacia los "adultos mayores", lo que implica una percepción distinta del envejecimiento y la vejez, y alcanzar así niveles superiores de calidad de vida para este grupo poblacional. Esta política se basa en valores fundamentales como la equidad y la solidaridad intergeneracional.

Para orientar y guiar las acciones en concordancia con esta política, se han establecido principios rectores que incluyen la autonomía y el envejecimiento activo, la prevención, la flexibilidad en el diseño de políticas, la descentralización y la subsidiariedad del Estado en su rol regulador. Además, se reconoce que la vejez y el proceso de envejecimiento deben ser preocupaciones de toda la sociedad y no solo de los gobiernos de turno, ya que muchas de las problemáticas que enfrentan las personas mayores requieren de una respuesta colectiva y comunitaria.

Como un reflejo concreto de esta política, se destaca la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002, quienes desempeñan un rol central en la implementación de programas y proyectos dirigidos al envejecimiento activo, la inclusión social y la protección de los derechos de las personas mayores. A través de SENAMA, se materializan los principios y objetivos de la política nacional, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores en Chile.

En un avance posterior, se implementa la "Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025", la cual, según el Ministerio de Desarrollo Social, ofrece una respuesta a los desafíos planteados por el envejecimiento. Esta política se caracteriza por ser integral, ya que considera los aportes de diversos organismos, ministerios y servicios públicos, en colaboración con otros actores sociales. Además, se enfoca en los

procesos que ocurren a lo largo del ciclo vital, reconociendo que el envejecimiento no se limita únicamente a la etapa estática de la vejez. Su enfoque es positivo, ya que busca crear un futuro deseable en el que Chile pueda enfrentar exitosamente los desafíos demográficos, promoviendo la salud, la integración social y el alto nivel de bienestar subjetivo para las personas mayores, equiparándolo al de los jóvenes. Se concibe como una política "para Chile", ya que el fenómeno del envejecimiento nos afecta a todos, sin excepción. El plazo establecido, "2012-2025", delimita los objetivos a trabajar durante este periodo.

Actualmente existe un proyecto de Ley que está orientado a “promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores y fortalecer la institucionalidad relativa a los adultos mayores”. Dentro de su propuesta se menciona la creación de sistemas de ciudades amigables, Concejos Asesores Regionales de Personas Mayores, además de ingresar modificaciones a la Ley 19.968, al Código del Trabajo y la Ley 20.530, para la formación de un Comité interministerial de Desarrollo social para las Personas Mayores. Estas y otras acciones van en busca de mejoras en las condiciones y calidad de vida de este grupo etario. Se genera desde un enfoque territorial, de género, comunitario y sociosanitario y están orientadas por los principios de independencia, igualdad, no discriminación, participación, integración e inclusión, entre otros (Diario Constitucional, 2023)

- A través de las diferentes declaraciones, principios y tratados internacionales convenidos por Chile y la formulación de políticas a nivel nacional es que se implementan diferentes programas para las personas mayores, ello con el fin de mejorar tanto su calidad de vida como promover su bienestar biopsicosocial, participación, aprendizaje, autonomía, identidad y seguridad tanto social como económica. Estos basados en un enfoque de derecho que garantice que respecto los valores, la integridad y la dignidad de las personas mayores.

II.3 MARCO EMPÍRICO:

Martínez Pérez, T. J., Fuentes Suárez, I., Torres Zerquera, L. C., González Aragón, M. C., y Martínez Sosa, J. B. (2022). *“El Edadismo. Una mira desde la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de Cienfuegos” (Cuba).* El **objetivo** de esta investigación fue analizar en profundidad el fenómeno del Edadismo y sus diversas manifestaciones en la sociedad contemporánea, con el propósito de identificar las consecuencias que esta forma de discriminación tiene en la salud mental y física de las personas mayores, así como proponer medidas efectivas para combatir y erradicar esta problemática. Para lograr este objetivo, se empleó una **metodología** basada en un enfoque de investigación cualitativa, que constó de entrevistas en profundidad a personas mayores y profesionales de diferentes ámbitos, como la educación y el trabajo. Estas entrevistas permitieron obtener una visión amplia y detallada de las experiencias y percepciones de los participantes en relación con el edadismo. Los **resultados** obtenidos revelaron que el edadismo se manifiesta de múltiples formas en la sociedad, desde estereotipos negativos y prejuicios hasta la exclusión social y la falta de acceso a servicios básicos. Además, se encontró que esta forma de discriminación tiene graves consecuencias en la salud mental y física de las personas mayores, como la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y la disminución de la calidad de vida. Asimismo, se evidenció que el Edadismo afecta no solo a nivel individual, sino también a nivel social y económico, generando desigualdades y limitando las oportunidades de desarrollo y participación de las personas mayores en diferentes ámbitos de la sociedad. Como **conclusión**, se propusieron diversas medidas para combatir el Edadismo en diferentes ámbitos, como la educación, el trabajo y los medios de comunicación. Estas medidas incluyen la promoción de la educación intergeneracional, la implementación de políticas de inclusión laboral para personas mayores, la sensibilización y formación de profesionales en relación con el edadismo, así como la promoción de una representación más justa y positiva de las personas mayores en los medios de comunicación. Se destacó la importancia de abordar el edadismo de manera integral, involucrando a diferentes actores sociales.

Cervera, D. M. B., y Schmidt, M. L. G. (2022). *Impactos psicológicos del ageísmo en los ancianos y estrategias de prevención: estudio de revisión (Brasil)*. El **objetivo** de esta investigación fue identificar los impactos psicológicos del edadismo en personas mayores y las estrategias individuales y sociales para prevenirlo. La **metodología** consistió en una revisión de literatura en la base de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre octubre de 2020 y febrero de 2021, incluyendo estudios nacionales e internacionales publicados entre 2009 y 2019 en portugués e inglés. Se utilizaron descriptores controlados en ambas lenguas para la búsqueda, como "adultos mayores", "estereotipos (psicología)" y "discriminación". De los 928 artículos identificados, se seleccionaron 45 artículos empíricos y teóricos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Los artículos seleccionados se agruparon en dos categorías de análisis: principales impactos psicológicos y estrategias para prevenir la discriminación por edad en el adulto mayor. **Los resultados** indicaron que el edadismo puede tener un impacto negativo en la salud mental y física de los ancianos, incluyendo depresión, ansiedad, aislamiento social y disminución de la autoestima. Sin embargo, también se encontraron aspectos positivos del envejecimiento, como la sabiduría y la experiencia acumulada. Las estrategias individuales y sociales para prevenir el edadismo incluyen la educación, la promoción de la interacción social y la creación de programas y espacios interaccionales. Para **concluir**, se destaca la importancia de la creación de programas y espacios interaccionales como forma de mantener al anciano en la convivencia social, uno de los principales cimientos para el bienestar en esta fase de la vida.

Escuntar y Zambrano (2021) *“Estereotipos Negativos y Actitudes Negativas hacia la Vejez en estudiantes de psicología de la Universidad del DMQ”, (Ecuador)*. El **objetivo** de esta investigación fue describir la prevalencia de estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez en estudiantes de Psicología de una universidad del DMQ en el año 2021. El estudio fue de **tipo** cuantitativo, corte transversal, con un alcance descriptivo y un diseño no experimental. Para la recolección de los datos se construyó una **encuesta sociodemográfica**, junto con utilizar el *Cuestionario de estereotipos*

negativos hacia la vejez (CENVE) y la Escala de actitudes hacia el adulto mayor de Kogan (KAOP). La muestra estuvo constituida por un total de 410 estudiantes de pregrado de la carrera de Psicología de la Universidad de DMQ, sede Quito de Ecuador, de la cual el 73,9% son mujeres y 26,1% hombres, con una edad promedio para ambos sexos de 20-22 años, quienes en su mayoría no viven con una persona mayor (55,2%). Los resultados obtenidos muestran que un 70,2% de los estudiantes presentó niveles altos de estereotipos negativos hacia la vejez, siendo la dimensión "Carácter-personalidad" la que mayores estereotipos presentó (74,9%), lo que implica pensar que son personas rígidas en sus pensamientos y que no pueden cambiar sus comportamientos. Le sigue la dimensión "Salud" (72%) donde se vincula la vejez como una fase de deterioro, improductividad y pérdidas, tras ella se encuentra la dimensión "Motivacional-social" con (56,8%). Al diferenciar según características sociodemográficas, el 74,3% de quienes presentaron estereotipos negativos corresponden a mujeres. Respecto a la evaluación de las actitudes negativas hacia la vejez, 402 personas (98%) tiene actitudes positivas hacia la vejez y solo 7 (1,7%) las presenta de forma negativa, siendo de este grupo 6 mujeres. Se concluye en la juventud se desestima negativamente a las personas mayores, donde el menor contacto con personas mayores ocasiona el mantenimiento de estereotipos negativos altos acerca de la vejez, sin embargo, si bien existe una visión estereotipada sobre la vejez los estudiantes tienden a actuar de manera positiva con las personas mayores.

Sánchez y Lazo, (2021) Estereotipos negativos sobre vejez y el bienestar psicológico del adulto (Ecuador). El objetivo principal de esta investigación fue determinar la incidencia de los estereotipos negativos de la familia sobre la vejez en el bienestar psicológico de las personas adultas mayores, con el propósito de generar datos que contribuyan al estudio integral de la vejez e incrementar conocimientos referentes a las creencias que envuelven la interacción familiar con el adulto mayor. Para lograr este objetivo, la metodología usada fue un estudio descriptivo transversal que involucró a 20 personas mayores y sus respectivas familias, pertenecientes al programa "Mis mejores años" del Ministerio de Inclusión Económica y Social en el

cantón 24 de mayo, Manabí, Ecuador. Se utilizaron dos instrumentos de medición: el Cuestionario CENVE para evaluar los estereotipos negativos de la familia hacia la vejez y la escala de Bienestar Psicológico de Ryff para evaluar el bienestar psicológico de los adultos mayores. **Los resultados** revelaron que el 55,0% de los familiares presentaron un nivel alto de estereotipos negativos hacia la vejez, lo que sugiere que estos estereotipos son comunes en la sociedad y pueden afectar la percepción que los adultos mayores tienen de sí mismos. Además, se identificó que existe una asociación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre los estereotipos negativos hacia la vejez por parte de la familia y el bienestar psicológico del adulto mayor corroborado con la prueba del Chi cuadrado $\chi^2(6) = 24,248$, $p < 0,05$, con coeficiente de contingencia = 0,740. En **conclusión**, se logra concluir que el nivel de presencia de estereotipos negativos hacia la vejez es particularmente alto, con prevalencia del factor Salud dentro de las dimensiones establecidas por el CENVE, así mismo existe relación proporcional de incidencia de los estereotipos negativos hacia la vejez por parte de la familia con el bienestar psicológico percibido por parte los adultos mayores en la escala de Ryff.

Velasco, V., Suárez, G., Limones, M., Valdez, H., Delgado, D., (2020) *Creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento (México)*. El **objetivo** de esta investigación fue analizar las creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento en la Ciudad de Torreón, México. La **metodología** se basó en un estudio transversal en el que se entrevistó a 572 adultos mayores de 60 años, seleccionados aleatoriamente de la población. La muestra se calculó utilizando la fórmula para una proporción, considerando una población de 70,000 adultos mayores de 60 años. Se utilizó la *Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento*, que consta de 43 adjetivos opuestos y 7 opciones de respuesta, estructurada en 7 dimensiones que incluyen el autoconcepto, la imagen personal, habilidades interpersonales, el ser políticamente correcto, autoestima, aislamiento social y creatividad. Los **resultados** revelaron en la esfera afectiva (Prejuicios) un puntaje promedio de 5.67 (Escala del 1 al 7) con desviación estándar de 1.63. De las

dimensiones analizadas, la que es referida como más negativa es el ser políticamente correcto, seguido del aislamiento social y la autoestima, mientras las más positivas son la imagen personal y la habilidad interpersonal. Los adjetivos que se perciben con más frecuencia negativos son el ser lento, antiguo, enfermo, fatigado y aburrido. En la esfera cognitiva (Creencias y estereotipos), el 87.2% refieren creencias y estereotipos negativos hacia el envejecimiento, y existe una puntuación media fue 38.21 ± 7.24 . Los ítems que puntuaron más elevados fueron los relacionados con la dimensión de Salud, seguida de Motivación Social y luego Carácter/personalidad. Además, se encontró una asociación entre puntuaciones altas del Cuestionario de Estereotipos Negativos a la Vejez y tener disfunción familiar, dificultades en el cuidado personal, tener más de 75 años, requerir adaptación en casa y no tener ingresos propios. Estos resultados sugieren la existencia de prejuicios y estereotipos arraigados en la sociedad hacia el envejecimiento, lo que puede tener implicaciones negativas en la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo tanto, es necesario promover una mayor conciencia y educación para combatir estos prejuicios y fomentar una visión más positiva y respetuosa del envejecimiento. Además, se sugiere la necesidad de desarrollar programas de intervención que fomenten la autoestima, la creatividad y la participación social de los adultos mayores, así como la promoción de un envejecimiento activo y saludable. Es importante destacar que este estudio tiene algunas limitaciones, como el hecho de que se realizó en una sola ciudad y que la muestra no es representativa de toda la población de adultos mayores de México. Sin embargo, los resultados obtenidos son relevantes y pueden ser útiles para el diseño de políticas públicas y programas de intervención que promuevan una visión más positiva y respetuosa del envejecimiento en la sociedad. En **conclusión**, este estudio destaca la importancia de abordar los prejuicios y estereotipos hacia el envejecimiento para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y promover un envejecimiento activo y saludable.

Prieto et al. (2020) Actitudes negativas hacia la vejez: un estudio comparativo entre México y España. Esta investigación tuvo como **propósito** indagar el grado de

asociaciones negativas que evoca la vejez; específicamente, analizar las actitudes negativas hacia la vejez en función del sexo, el grupo de edad y la población mediante la comparación de una muestra mexicana con otra española. **La muestra** estuvo conformada por 820 personas 418 **jóvenes**, (240 mujeres y 178 hombres) con edad entre 18 y 32 años, y **402 personas mayores** (213 mujeres y 189 hombres) de 60 a 89 años. **Los resultados** evidenciaron la existencia de diferencias significativas entre las varianzas de los grupos de jóvenes y mayores en cuanto al número de asociaciones negativas hacia la vejez, donde los jóvenes presentan mayores niveles de actitudes estereotipadas, en las dimensiones “Estereotipos negativos físicos y conductuales” (2,15), “Miedo al propio envejecimiento” (2,41), “Miedo al deterioro conductual y al abandono” (2,50) y “puntuación total” (2.26) en el Cuestionario de Actitudes Hacia la Vejez (CAV) de Hernández (2009). Al desagregar por subescalas y por sexo, las mujeres presentan mayores niveles de actitudes negativas en los aspectos estéticos y en la subescala “miedo al propio envejecimiento. Respecto a cada país, los jóvenes de México muestran más miedo al propio envejecimiento, al desagregar por sexo las mujeres mexicanas expresan tener más miedo al propio envejecimiento y al deterioro intelectual. En ambos países son las mujeres quienes exhiben más actitudes negativas hacia la vejez en aspectos físicos.

Lorente, R., Brotons, P. y Sitges, E. (2020). *Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional?* Este estudio pretende observar el impacto del aprendizaje experiencial al comprobar empíricamente si el contacto intergeneracional tiene efectos sobre los estereotipos negativos hacia la vejez de un grupo de estudiantes que había recibido previamente formación teórica sobre el envejecimiento en un programa de voluntariado universitario. Para la **metodología** Se utilizó el **modelo PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) de Levy (2016)** que sugiere que realizar intervenciones combinadas en el área de educación sobre envejecimiento y el contacto intergeneracional, los estereotipos negativos hacia la vejez se evaluaron mediante la escala CENVE, comparando los datos de los participantes en dos momentos temporales

(tras recibir la formación teórica y tras realizar la práctica de contacto intergeneracional). **La muestra** de este estudio fue de 18 personas pertenecientes a la comunidad universitaria, con edades comprendidas entre los 18 y 54 años. Del total de los integrantes, el 83.3% eran mujeres y el 16.7% hombres. Además, el 33.3% tenía experiencia previa de voluntariado. Se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) que se subdivide en tres dimensiones: Salud, Motivacional-social, Carácter-personalidad, con puntuaciones que oscila de 15 a 60 puntos indicando el grado de estereotipos negativos hacia la vejez (15-28 muy bajo, 29-39 bajo, 40-50 alto y 51-60 muy alto grado). Los cinco ítems pertenecientes a cada una de las dimensiones se distribuyen alternos y fluctúan de 5 a 20 puntos. En este sentido, puntuaciones superiores a 12.5 puntos indican un alto grado de estereotipo negativo en dicha dimensión. Se ha considerado necesario analizar los efectos de intervención en las tres subescalas del cuestionario puesto que el objetivo de la investigación es el impacto que puede tener el Programa Acompaña-Té en la reducción de los distintos estereotipos en los participantes del estudio. Los Resultados en análisis descriptivos de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento en las puntuaciones medias en la escala CENVE en los dos momentos temporales exponen que: tras la formación teórica y tras la formación práctica se situaron entre baja y muy baja creencia estereotipada. Después de la formación teórica un 77.78% de participantes presentó un nivel de estereotipos muy bajo; y tras realizar la formación práctica de contacto intergeneracional el porcentaje fue del 83.33%.

Peña (2018) *“Representaciones Sociales Sobre Vejez en Adultos Mayores” (Argentina)*. Su **propósito** fue describir las representaciones sociales que poseen los adultos mayores acerca de la vejez. Fue una investigación **de tipo** mixta, con alcance exploratorio-descriptivo y no experimental. **La muestra** estuvo compuesta por 64 personas de 60 y más años, de las cuales 61 fueron mujeres y 3 hombres, 32 concurrían al Centro de Promoción del Adulto Mayor y las otras 32 a la Universidad para Adultos Mayores Integrados. **Los resultados** muestran que existe un núcleo central y positivo de representaciones sociales sobre la vejez, donde la mayor frecuencia de palabras

asociadas a vejez es “salud” (30) seguida de “sabiduría” (29) y “experiencia” (27). Como núcleos periféricos existen algunas palabras que representan la vejez de manera negativas, dentro de la cual según su frecuencia se encuentran “soledad” (20), “deterioro” (16) “enfermedad” (8) respectivamente. Se concluye, la existencia de una marcada tendencia hacia una valoración positiva de la representación social de vejez.

Villaroel (2017) *“Auto-percepción de las Personas Mayores sobre Discriminación por Edad” (Chile)*. Su estudio tuvo como **objetivo** comprender los significados, valoraciones y experiencias que las personas mayores asocian a la discriminación por edad. **La metodología** utilizada fue de tipo cualitativa con alcance descriptivo y diseño no experimental. **La muestra** estuvo compuesta por 13 personas de 60 y mas año, de las cuales 6 eran hombres y 7 mujeres de la región Metropolitana, Chile. **Los resultados** obtenidos, exponen que las personas mayores consideran la vejez como proceso de transformaciones físicas que implica ser “poco atractivas” en comparación con otros grupos de menor edad, enfrentarse a pérdidas tras cambios en funciones físicas, atribuidas tanto a ellos mismo como a otras personas mayores, las que consideraran propias de la etapa de vejez y que les producirían dificultades para la realización de actividades diarias. A nivel de personalidad se detecta que comprenden la vejez como perdida de flexibilidad en carácter, ser más rígidos y malhumoradas. Se asocia la vejez, además, con pérdida de autonomía, preocupación por ser “carga” o perder su voluntad y dignidad. Existe, también, una mirada más optimista respecto de las experiencias de vejez, donde se expresan valoraciones positivas, como sentirse a gusto en esa etapa, resaltar atributos como ganar experiencia, sabiduría, sentirse activos y con vitalidad tanto en psicológico, social como laboral. Otro tema que destaca es la presencia de estereotipos, prejuicios y discriminación por motivo de edad, esta última se indican haberla experimentado de forma visible al sentirse inferiores, tratados con desinterés por motivo de edad, fuera del quehacer social, desestimados y negado de sus derechos. Esto en aspectos laborales a causa de la jubilación, o para cambiar y solicitar empleo, en espacio sociales y en organizaciones sociales y de salud, donde se les “minimiza” o habla de forma “distinta”. Al desagregar las valoraciones y experiencia discriminatorias

por participación social, quienes tienen mayor participación perciben más actitudes y acciones discriminatorias. De acuerdo según sexo, las mujeres mencionan haber vivido más episodios discriminatorios, existiendo diferencias por nivel de escolaridad (con mayor escolaridad las designan como tal y con menor nivel se reporta como acontecimientos incómodos). Se resalta la existencia de personas mayores no eran consciente de ello e incluso las aminoraban o justificaban por el rasgo de carácter o personalidad de quienes actuaron en su contra. Además, se identificó la existencia de una doble discriminación, ya que las personas mayores se presentaban ante sus pares etarios con comparaciones, posturas y aseveraciones discriminatorias entre ellas, a fin de diferenciarse de quienes poseen características como patologías de salud física, mental, también de acuerdo a los roles y actividades que se realizan o bien en comparación con quienes poseen más edad que ellos.

Sarmiento (2015) *“Influencia de los Autoprejuicio y Autoestereotipos de la Vejez de los Adultos Mayores sobre la Eficacia de un Programa de Envejecimiento Saludable para la Prevención y Control de la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus” (Mexico)*. Su investigación tuvo como **objetivo** determinar la influencia de auto prejuicios y auto estereotipos de los adultos mayores sobre la eficacia del programa de Envejecimiento saludable, para la prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en el marco del envejecimiento activo. Su metodología fue de tipo mixta y preexperimental en la parte cuantitativa. En ella **se evaluó** a 64 personas entre 60 y 74 año, de las cuales 52 fueron mujeres y 12 hombres, sanos, con diabetes Mellitus tipo 2 y/o hipertensión. Para medir el nivel de autoprejuicios y autoestereotipos se aplicó el **Cuestionario** de Actitudes a la Vejez. **Los resultados** en la evaluación pre- intervención evidenciaron, en el puntaje promedio de alto estereotipos, una media de 63, la que luego de intervenir bajó a 46. Tras la realización de la intervención el porcentaje de alto predominio de actitudes negativas a la vejez disminuyó pasando de 29,7% a 3,1%. Respecto del significado que dan las personas mayores a ser viejo, al inicio del programa se observó una tendencia prejuiciosa sobre la vejez, donde es vista como fragilidad, temor a la dependencia, enfermedad, disminución de dignidad, tendencia al

aislamiento social, disminución de fuerzas y pérdidas físicas, bajo estado emocional y una etapa, donde sus características no pueden ser modificadas. Se evidenció, asimismo, la asociación negativa entre las actitudes negativas a la vejez y las variables de autocuidado ($r=-0,325$), autoestima ($-0,309$), alimentación ($-0,202$), higiene del sueño ($r=-0.269$) y ambiental ($r=-0.259$). Respecto a la eficacia del programa, se evidenció, tras la intervención, una baja en los promedios de glucosa, colesterol, LDL, en grupos con bajo predominio de actitudes negativas a la vejez, presentando una significancia de ($p<0.05$), mientras en quienes presentaban alto predominio de actitudes negativas solo hubo disminución en la tensión arterial sistólica. También, los estilos de vida se modificaron post intervención, a través de estrategias de autocuidado y autoestima en el grupo de bajo predominio de actitudes negativas, siendo estadísticamente significativa en $p<0.05$.

Levy, B. R. (1996). *Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. (Estados Unidos)*. En cuanto al objetivo, este estudio buscaba investigar si la activación subliminal de estereotipos positivos o negativos sobre el envejecimiento podría afectar el rendimiento cognitivo y las percepciones sobre uno mismo en adultos mayores. **La metodología** utilizada fue un diseño experimental con dos grupos: uno que recibió estereotipos positivos y otro que recibió estereotipos negativos. Se utilizó un paradigma de priming subliminal³ para activar los estereotipos sin que los participantes fueran conscientes de ello. **Los instrumentos** utilizados incluyeron pruebas de memoria, cuestionarios de autoeficacia de la memoria y escalas de percepción del envejecimiento. **Los resultados** mostraron que la activación subliminal de estereotipos positivos mejoró significativamente el rendimiento de la memoria en adultos mayores, con una tasa de retención del 37% en comparación con el 13% para aquellos que recibieron estereotipos negativos. Además, los participantes que recibieron

³ Presentación de estímulos de manera breve y a un nivel de percepción que es imperceptible conscientemente para el individuo. Se utiliza para influir en el procesamiento cognitivo y afectar las respuestas o el comportamiento de una persona de manera indirecta.

estereotipos positivos informaron una mayor autoeficacia de la memoria y una percepción más positiva del envejecimiento.

Barría, C., Castañeda, P., López, J. Villablanca, C. (2020) *¿Qué piensan los adultos mayores acerca de su envejecimiento? (Chile)*. Este trabajo de investigación tuvo como **objetivo** evaluar si el modo en que viven los adultos mayores (de manera independiente, con familiares o en residencias) incide en el auto reporte de la percepción del envejecimiento exitoso. La **metodología**, se basó en un estudio cuasiexperimental de carácter cuantitativo. Se contactaron diferentes centros u organizaciones de adultos mayores para obtener una muestra representativa. La muestra final consistió en 162 participantes que autorizaron el uso de sus datos con fines investigativos. A través de un cuestionario online de autorregistro. Los participantes debían responder preguntas relacionadas con su percepción del envejecimiento exitoso, así como proporcionar información demográfica como sexo, edad, comuna, ocupación, tipo de ingreso, nivel educacional, uso de tecnologías y personas con las que cohabitan. Además, se incluyeron preguntas adicionales que fueron validadas durante el proceso de investigación. Los **resultados** obtenidos revelaron que el uso de tecnologías y el nivel educacional son factores que influyen en la percepción del envejecimiento exitoso. En cuanto al uso de tecnologías, se encontró que el acceso a internet, el acceso a celular y el manejo de computador fueron los aspectos más relevantes para los participantes. En relación con el nivel educacional, se observó que aquellos con educación técnico/universitaria tenían una mayor percepción de envejecimiento exitoso en comparación con aquellos con educación básica o media.

Tras la citada revisión de antecedentes empíricos, en la que ha expuesto la existencia de representaciones, estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias respecto de la vejez y por razón de edad, que han sido desarrollado tanto desde grupos etarios de menor edad como por familiares, la sociedad en general y por las propias personas que experimentan esta etapa del ciclo vital. Se evidencia el somero análisis respecto de algunas variables como la diversidad, entendida como la falta de

reconocimiento de factores interseccionales como el género, la discapacidad, etnia u otras. Esto permitiría comprender como estas múltiples identidades pueden relacionarse con el edadismo y como estas interacciones afectan al bienestar de las personas mayores.

Así, la presente investigación pretende indagar en la posible existencia de factores como representaciones, estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias hacia las personas mayores, y cómo estos pueden influir en la adopción de hábitos saludables y estilos de vida que promuevan el bienestar biopsicosocial en esta etapa del ciclo vital. Asimismo, se busca explorar la percepción que las personas mayores tienen hacia sus pares. Además, esta investigación pretende abordar aspectos poco estudiados, como la influencia de los auto estereotipos en el envejecimiento saludable, lo cual constituye un aporte novedoso, especialmente en el contexto de Chile.

En cuanto al método de medición, esta investigación busca realizar un aporte significativo al evaluar de manera integral los prejuicios, estereotipos y discriminación hacia las personas mayores. A diferencia de la mayoría de los estudios que suelen medir uno u otro de estos aspectos de forma aislada, se busca abordarlos de manera conjunta, brindando así una visión más completa y precisa de las actitudes hacia la vejez.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

III.1 Objetivo General:

Describir las representaciones de la vejez a través de la medición de estereotipos, (hetero y auto-estereotipos, en conjunto con prejuicios) negativos que puedan presentar las personas mayores de 60 años de la comuna de Hualpén y su incidencia en el autocuidado.

III.2 Objetivos Específicos:

1. Describir los heteros estereotipos y auto estereotipos de vejez presentes en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén.
2. Identificar los conceptos asociados a la vejez (prejuicios interpersonales) que presentan las personas de 60 años de la comuna de Hualpén.
3. Relacionar niveles de auto estereotipos de vejez con variables sociodemográficas, en personas mayores de la comuna de Hualpén.
4. Examinar la relación entre las conductas de autocuidado en dimensión de actividad física, salud mental (síntomas depresivos) adherencia a tratamiento, empoderamiento en salud y los niveles de hetero y auto-estereotipos en las personas mayores de la comuna de Hualpén.

III.3 Hipótesis:

1. La presencia altos niveles de auto estereotipos disminuye el autocuidado de las personas mayores.
2. Existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de estereotipos de vejez y los niveles de educación e ingresos económicos.

IV. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

a) Variables dependiente:

- Conducta de Autocuidado de la salud: Expresado en alimentación saludable, salud física; salud mental, adherencia a tratamiento, auto-eficacia y empoderamiento en salud.

b) Variables independientes:

- Variables socio demográficas (Género, edad, estado civil, lugar de residencia, ingresos, ocupación y escolaridad)
- Hetero estereotipos hacia la vejez.

- Auto estereotipo de vejez.
- Prejuicios respecto de la vejez.

c) Definición de las variables:

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Conducta de Autocuidado	Patrones conductuales o hábitos que tienen repercusiones en la salud y el bienestar integral de las personas (Gómez et al., 2005)	Se consideran las variables y sus preguntas incorporadas en el Instrumento a (encuesta) elaborado y aplicado en el proyecto Fondef IT dirigido a población mayor de Hualpén. Las Variables seleccionadas en este aspecto son: alimentación saludable, salud física; salud mental, adherencia a tratamiento, auto-eficacia y empoderamiento en salud.
Variables demográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Para medir esta variable, se utilizaron preguntas contenidas en la encuesta aplicada a la población mayor de Hualpén, en el contexto del proyecto Fondef IT. Las variables seleccionadas son: Sexo, edad, estado civil, ingresos, y escolaridad.
Hetero estereotipos	El estereotipo es un conjunto de rasgos asociados a un grupo o categoría social, en este caso “la vejez”.	Para medir esta variable se utilizó la escala CENVE.
Auto-estereotipos de “persona mayor”	Se refiere a la percepción que tiene el sujeto sobre las características que debiese tener un representante típico de su grupo.	Para medir esta variable, se adaptó el instrumento CENVE.
Prejuicios hacia a vejez	Según CENIE (2021) los prejuicios respecto de la vejez son una opinión previa -un juicio previo al conocimiento profundo de la realidad de esta etapa- por lo general desfavorable.	Para medir esta variable, se utilizó la Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV)

V. METODOLOGÍA:

V.1 Diseño de Investigación

Esta investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, ya que se estudió la realidad tal como se presentaba sin buscar observar cambios o efectos producto de una intervención externa. Tuvo un alcance descriptivo y correlacional, ya que, en primer lugar, se especificó el nivel de presencia de hetero-estereotipos y auto-estereotipos, prejuicios y actitudes negativas hacia la vejez. En segundo lugar, se buscó identificar la relación entre las variables mencionadas y los niveles de autocuidado adquiridos por la muestra estudiada. El enfoque de la investigación tuvo un corte transversal, ya que se realizó una única medición en un momento específico, analizando la incidencia e interacción de las variables en ese momento particular.

V.2 Unidad de Análisis

Hetero-estereotipos, auto-estereotipos y prejuicios sobre la vejez fueron investigados en personas mayores, y se exploró su relación con el autocuidado de la salud y variables demográficas.

V.3. Unidad de Observación y criterios de Inclusión

Personas de 60 y más años que pertenezcan a la comuna de Hualpén, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Residir en la comuna de Hualpén durante el año 2023.
- Tener 60 años o más.

Criterios de exclusión:

- No contar con un diagnóstico previo de salud mental.
- Ser dependiente severo.

V.4 Delimitación Temporal y Espacial

La investigación llevó a cabo la recolección y análisis de datos entre los meses de agosto y diciembre. Se recopilaron datos de individuos mayores que formaban parte del proyecto "Seguimiento remoto e integración interoperable a Ficha Clínica de la adherencia a tratamiento Antihipertensivo de Personas Mayores" en la comuna de Hualpén, región del Biobío, así como de personas de 60 años o más.

V.5 Población de Estudio:

Universo Muestral: La población de interés abarcó a personas de 60 años y más que estuvieran inscritas en los Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la Comuna de Hualpén. El tamaño de este universo fue de 300 individuos.

Muestra: Consistió en personas de 60 años y más que residieran en la ciudad de Hualpén y participaran en el proyecto Fondef IT. A través de la facilitación por parte del proyecto Fondef IT, se obtuvo una nómina con los participantes. El proceso de contacto y la consulta sobre su disposición para ampliar su participación en este estudio se realizaron de manera sistemática y ética, asegurando la voluntariedad de su inclusión. La metodología de selección de la muestra se basó en un enfoque probabilístico, utilizando un método de selección aleatoria para garantizar la representatividad y validez de los participantes en el estudio. Este proceso garantizó la diversidad necesaria para una investigación rigurosa.

V.6 Fuente y Técnica de Recolección:

La información utilizada en este estudio se obtuvo directamente de fuentes primarias, específicamente de personas mayores. Para la recopilación de datos, se optó por la técnica de encuesta, la cual se aplicó de manera presencial, tras una coordinación previa con la muestra del estudio. El propósito de esta metodología era aclarar dudas y proporcionar asistencia en caso de que la persona no pudiera responder de forma autónoma. Las encuestas se llevaron a cabo mediante entrevistas estructuradas con preguntas cerradas. Esta elección se fundamenta en varias razones, en primer lugar, al

trabajar con personas mayores, era crucial emplear un enfoque accesible y comprensible para este grupo de población. Además, las preguntas cerradas ofrecen opciones de respuesta claras y limitadas, facilitando la comprensión y selección de respuestas por parte de los participantes.

Con el objetivo de enriquecer el estudio, se aprovecharon las respuestas previamente recopiladas en entrevistas realizadas en el 2019. Estas entrevistas formaban parte de un proyecto sobre la adherencia a tratamientos en la comuna de Hualpén. Es importante destacar que algunas entrevistas fueron conducidas por el equipo actual de tesis, mientras que otras fueron realizadas por miembros anteriores pertenecientes al proyecto mencionado.

V.7 Instrumentos:

Los instrumentos que se destinaron para realizar una medición de las variables centrales del presente estudio fueron:

a) Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

Es un cuestionario tipo Likert que fue elaborado por Sánchez (2004) a partir del cuestionario de Montorio e Izal desarrollado en 1991 y de Palmore en 1998. Contiene 15 ítems, trece de ellos tomados del primer autor y 2 del segundo. La prueba arroja tres factores: salud, motivacional-social y carácter-personalidad, con cinco ítems cada uno. El orden de los ítems es alternando, un ítem de cada factor, así “salud” se componen de los enunciados (1-4-7-10-13), “motivación social” (2-5-8-11-14) y “personalidad” (3-6-9-12-15). Las afirmaciones constan de 4 opciones de respuestas que son: Muy en desacuerdo; Algo en desacuerdo; Algo de acuerdo y Muy de acuerdo. Las puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez. Según Sánchez (2004) la fiabilidad de las puntuaciones Alfa de Cronbach igual a .67, .64 y .66 para los factores de *salud*, *motivacional-social* y *carácter-personalidad*, respectivamente. Las puntuaciones oscilan entre 5 y 20 puntos en cada uno de los 3

factores. La máxima puntuación global es de 60 puntos y la mínima 15. Basándonos en estudio de Escutar y se estableció un rango de puntajes para determinar los niveles de estereotipos en la dimensión global, de esta manera se obtiene un nivel bajo de estereotipos cuando existe una puntuación de 15-28; moderado (29-39), Alto (40-50), Muy alto (51-60). Al desagregar por factor se obtiene un nivel bajo entre 5-9 puntos; Moderado (10-13), Alto (14-17) y Muy alto (18-20).

b) Cuestionario de Auto-estereotipos Negativos hacia la Vejez

Para medir el nivel de auto-estereotipos hacia la vejez se adaptó el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) de forma que cada afirmación se plantea en primera persona. El cuestionario sigue el mismo formato original de cuestionario tipo Likert. Contiene 15 ítems e incluye tres factores: salud, motivacional-social y carácter-personalidad, con cinco ítems cada uno. El orden de los ítems es alternando, un ítem de cada factor, así “salud” se componen de los enunciados (1-4-7-10-13), “motivación social” (2-5-8-11-14) y “personalidad” (3-6-9-12-15). Las afirmaciones constan de 4 opciones de respuestas que son: Muy en desacuerdo; Algo en desacuerdo; Algo de acuerdo y Muy de acuerdo. Las Puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez. Las puntuaciones oscilan entre 5 y 20 puntos en cada uno de los 3 factores. La máxima puntuación global es de 60 puntos y la mínima 15. El rango de puntajes para determinar los niveles de estereotipos en la dimensión global es bajo (15-28); moderado (29-39), Alto (40-50), Muy alto (51-60). Al desagregar por factor se obtiene un nivel bajo entre 5-9 puntos; Moderado (10-13), Alto (14-17) y Muy alto (18-20).

c) Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV).

Esta escala, fue elaborada por De Miguel y Castellano (2012), su diseño de aplicación es de tipo diferencial semántico. Está compuesta por 42 pares de adjetivos indagan el aspecto emocional hacia el envejecimiento y la vejez. La elección de una

escala de diferencial semántico para evaluar este componente afectivo se debe a que el diferencial semántico es la técnica más frecuentemente utilizada para medir actitudes hacia la vejez. Cada uno de los adjetivos bipolares se sitúa en un continuo de siete puntos que se puntúan desde 1 hasta 7. Las puntuaciones 1, 2 y 3 equivalen a una actitud negativa en el polo izquierdo, las puntuaciones 5, 6 y 7 a una actitud positiva en el polo derecho, y la puntuación 4 es considerada como punto neutro de actitud. El orden de aparición de los pares de adjetivos se da de forma aleatoria con el fin de evitar la aquiescencia. Esta herramienta consta de una estructura de 7 factores, los cuales se denominan “imagen negativa de sí mismo” (11 ítems: 3, 5, 16, 23, 26, 27, 30, 37, 38, 39 y 43), “autoconcepto alto” (9 ítems: 1, 2, 6, 8, 18, 21, 33, 34 y 36), “habilidad interpersonal” (4 ítems: 14, 28, 40 y 41), “políticamente correcto” (5 ítems: 9, 10, 11, 13 y 17), “autoestima baja” (5 ítems: 12, 22, 24, 25 y 31), “aislamiento social” (4 ítems: 4, 7, 15 y 19) y “creativo” (4 ítems: 20, 32, 35 y 42).

d) Estilos promotores de salud-salud física:

Para la evaluación de los hábitos del estilo de vida se utilizó el cuestionario Health Promoting Life Profile – II (HPLP-II) (por sus siglas en inglés), el cual cuenta con una consistencia interna de alfa de Cronbach, para la escala completa de 0.94 y 0.82 para dimensión “actividad física” (Pazos, 2014). Esta escala está conformada por 52 reactivos valorados mediante una escala de Likert clasificada de la siguiente forma: 1 (nunca); 2 (a veces); 3 (comúnmente) y 4 (frecuentemente). Los ítems son agrupados en seis dimensiones: Responsabilidad en salud, Actividad física, Nutrición, Crecimiento espiritual, Relaciones interpersonales y Manejo del estrés. Para efectos de nuestro estudio se decidió adoptar solo la dimensión de Actividad física, que incluye los ítems 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 y 46 y engloba una serie de afirmaciones relacionadas con la práctica de ejercicio físico, su intensidad, duración y repetición a lo largo del tiempo. Este subdimensión tiene un puntaje mínimo de 8 y máximo de 32 y para la generación de rango se usó los utilizados por Ortigoza & Canova (2023) y Villanueva (2021) quienes

desarrollaron puntajes similares e indican que entre **8 y 19, es una conducta no saludable y para las comprendidos desde 20 hasta 32**, un comportamiento saludable.

f) Escala autoeficacia (Baessler y Schwarzer 1996)

La escala presenta 4 opciones de respuesta tipo Likert: 1 puntos si es Nunca, 2 si es Pocas veces, 3 Muchas veces y 4 puntos es Siempre. La puntuación total mínima es 10 y la máxima 40, se propone que en tanto más alto sea el puntaje, mayor percepción de autoeficacia según Schwarzer y Baessler (1996) citados por Gutiérrez (2016). Utilizando valores similares a los generados por Espinoza (2016); Gutiérrez (2016); Salazar y Sihuin (2021). Los niveles que se pueden alcanzar son **Autoeficacia baja (10 a 19), media (20 a 29) o alta (30 a 40)**. Esta escala ha sido adaptada a más de 30 idiomas y en una valiosa herramienta clínica e investigativa para determinar el potencial que tiene una persona para afrontar escenarios vitales con múltiples estresores (Clavijo et al., 2020) en distintos estudios mostrando una consistencia interna considerable entre 0.79 y 0.93 (Gutiérrez, 2016)

g) Escala de empoderamiento en Salud para Adultos Mayores (EES)

La EES se adaptó basándose en la Escala de Empoderamiento de la Diabetes versión corta. Donde se mencionaba "diabetes" en el instrumento original, se reemplazó con el término "salud" para cubrir todos los tipos de condiciones que podrían afectar el Empoderamiento sobre la salud. Se realizaron análisis estadísticos y psicométricos sobre 648 adultos mayores residentes urbanos. (Serrani Azcurra, 2014)

Después de sustituir la palabra "diabetes" por "salud" en cada ítem de la DES-SF para evaluar el empoderamiento relacionado con la salud, el instrumento retuvo los 8 ítems originales, puntuados con una escala Likert de 5 puntos que iban desde 5 (fuertemente de acuerdo) a 1 (fuertemente en desacuerdo). Los mayores puntajes fueron indicadores de un mayor nivel de empoderamiento relacionado con la salud. (Serrani Azcurra, 2014)

h) Test de adherencia de Morisky-Green

La prueba de Morisky-Green es un método indirecto para poder determinar la adherencia terapéutica, cuenta con cuatro preguntas dicotómicas que permiten determinar si la persona a quien se le aplica el test es adherente al tratamiento o no. Basta con que la persona responda de manera incorrecta una de las preguntas para que se considere no adherente. Las respuestas correctas, en orden son no/si/no/no. Esta prueba ha sido validada para ser aplicado respecto de diversas enfermedades crónicas y en diversos segmentos de la población. En su estudio, Nguyen et al. (2013) Le atribuyen una buena consistencia interna en Alfa de Cronbach, siendo de 0.83.

i) Escala de depresión en Adultos mayores (Yesavage 1986)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) es un instrumento de evaluación ampliamente utilizado en la detección y medición de la depresión en adultos mayores. Diseñada por Jerome Yesavage y su equipo. Adaptada al español por Martínez et al. en 2002, esta escala ofrece una herramienta eficaz para profesionales de la salud mental y médicos que trabajan con personas de edad avanzada. Consta de 15 preguntas cuidadosamente formuladas, que abordan una amplia gama de síntomas y estados de ánimo depresivos. Cada pregunta se puntúa de manera específica en función de la respuesta del individuo, lo que permite una evaluación cuantitativa de la gravedad de la depresión. La GDS ha demostrado una buena consistencia interna y fiabilidad en diversas investigaciones, lo que respalda su utilidad en la identificación y el seguimiento de la depresión en adultos mayores. En el estudio de Martínez et al. (2002) que permite realizar la adaptación al español, los resultados de fiabilidad revelaron valores sustanciales tanto para la fiabilidad interobservador (Kappa ponderado de 0,655, $p < 0,001$) como para la fiabilidad intraobservador (Kappa ponderado de 0,951, $p < 0,001$) al utilizar un punto de corte de 5 o más en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). Además, la escala demostró una impresionante consistencia interna, con un valor de 0,994. En cuanto a la validez, se

observó una sólida validez convergente con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ($p < 0,001$) al comparar el GDS-VE con los resultados del cuestionario de Montgomery-Asberg. La validez discriminante también se confirmó, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,235 ($p < 0,001$) al correlacionar la puntuación del GDS-VE con la obtenida en el SPMSQ-VE. Estos hallazgos subrayan la confiabilidad y validez de la GDS-VE como una herramienta efectiva para la evaluación de la depresión en adultos mayores, respaldando su utilidad en la práctica clínica y la investigación.

V.8 Trabajo de Campo

El equipo investigador llevó a cabo la recolección de datos en la Comuna de Hualpén durante un periodo de dos meses. La muestra, proveniente del proyecto Fondef "Seguimiento remoto e integración interoperable a Ficha Clínica de la adherencia a tratamiento Antihipertensivo de Personas Mayores," así como de personas de 60 años y más en el marco de la presente investigación, fue gestionada de manera eficiente. Las respuestas se recopilaron inicialmente en formato físico y posteriormente se ingresaron a Google Forms para su almacenamiento en formato digital.

Durante el trabajo de campo, se enfrentaron desafíos significativos. Muchas personas manifestaron inicialmente desconfianza e inseguridad respecto a la investigación. Además, algunos participantes se encontraban fatigados debido a la frecuencia de intervenciones e investigaciones anteriores.

V.9 Consideraciones Éticas

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se describe el propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios, dejando en claro que la participación en el estudio es de carácter voluntario. Esta información permitirá que los participantes tomen la decisión de aceptar o rechazar participar en el estudio. Para garantizar la confidencialidad de los datos, se implementaron medidas específicas, como la exclusión de nombres en los documentos de encuesta y el tratamiento de los datos sin

hacer referencia a nombres individuales. En su lugar, se emplearon folios como identificadores. Estas medidas adicionales buscan fortalecer la protección de la privacidad de los participantes. Además, se reafirma que los participantes tienen la opción de retirarse en cualquier momento del estudio si lo consideran pertinente.

V.10 Plan de Análisis

Se utilizó el programa SPSS Statistics para analizar los datos recolectados previamente. En el objetivo específico 1, 2 y 3, se llevó a cabo un análisis univariado. La elección de este enfoque se fundamenta en la intención del equipo de observar el comportamiento de las variables de manera individual. En el caso del objetivo 3, se realizó tanto un análisis univariado como bivariado. El análisis univariado estuvo orientado hacia la descripción de variables sociodemográficas, mientras que el bivariado se enfocó en examinar la relación entre estas variables. Para el objetivo 4, se realizó un análisis bivariado, ya que se buscaba explorar la relación entre la variable de autocuidado y los auto-estereotipos. Además, se aplicaron pruebas de correlación y significación a las variables involucradas en el análisis, proporcionando así una evaluación más completa y detallada de las relaciones identificadas.

VI. RESULTADOS

VI.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Tabla 1:

“Características sociodemográficas de las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Genero	%	F(i)
Femenino	75.9	41
Masculino	24.1	13
Total	100	54
Edad		
Entre 60-69 años	22.2	12
70-79 años	51.9	18
Sobre 80 años	25.9	14
Total	100	54
Estado Civil		
Soltero/a	11.1	6
Casado/a	50.0	27
Viudo/a	29.6	16
Divorciado	9.3	5
Conviviente Civil	0	0
Total	100	54
Nivel de Escolaridad		
Básica incompleta	16.7	9
Básica Completa	18.5	10
Media Incompleta	27.8	15
Media Completa	14.8	8
ED. Superior	22.2	12
Total	100	54
Religión		
Sin religión	11.1	6
Católica	61.1	33
Evangélica/protestante	20.4	11
Mormona	3.7	2
Adventista	3.7	2
Total	100	54

Fuente: elaboración propia.

Respecto de la caracterización sociodemográfica de la población encuestada el mayor porcentaje (75,6%) corresponde al género femenino. De acuerdo con los rangos etarios se puede evidenciar que sobre el 75% tiene 70 y más años de edad, siendo el que prevalece el rango de 70-79 años (51.9%). Según estado civil un 50% son casado/a, seguido por viudo/a 29,6%, en menor proporción soltero y divorciado. En cuanto a su

nivel de escolaridad se evidencia que al menos un 64,8% posee algún grado de educación media y superior, donde el mayor porcentaje se encuentra en quienes tiene educación Media Incompleta (27,8%), seguida por educación superior (22,2%). En cuanto a la adscripción a religión un 61,1% son católicos seguidos por evangélicos con 20,4%.

Tabla 2:

“Distribución porcentual del tipo sociofamiliar al que pertenecen personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n=54)”

Tipo de familia	%	Fi
Nuclear	9.2	5
Nuclear sin hijos	22.2	12
Uniparental ⁴	18.5	10
Unipersonal ⁵	27.7	15
Extensa ⁶	22.2	12
Total	100	54

Fuente: elaboración propia

Respecto del tipo de familia que poseen los casos estudiados, se observa que un 27.7% vive solo/a, mientras que el 72.3% vive acompañado en sus hogares. Esta compañía viene dada mayormente por cónyuges y también por casos que reportan vivir con familias extensas, es decir, reportan compartir sus hogares con hijos, nietos, yernos/nueras.

Tabla 3:

“Nivel de ingresos de ingreso global declarado por las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n=54)”

Rangos de ingresos	Fi	%
Menos de \$230.000	22	40.7
\$230.001-\$462.000	24	44.4
\$462.001-\$692.000	3	5,6

⁴ Estructura familiar que incluye la presencia de uno de los padres y de uno o más hijos.

⁵ Estructura familiar que incluye la presencia de una sola persona.

⁶ Estructura familiar que incluye a varios miembros de múltiples generaciones que comparten la vivienda.

\$692.001-\$922.000	5	9.3
Mas de \$922.001	-	-
Total	54	100

Fuente: elaboración propia

Según su nivel de ingresos, existe un 85.1% de las personas obtiene ingresos iguales o menores a \$462,000 (44,4% para menores a \$230,000 y 40,7% entre \$230.001 y \$462,000).

VI.2 HETERO-ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ.

Tabla 4:

“Distribución porcentual, escala total por nivel de hetero-estereotipos y auto estereotipos negativos de la Vejez, en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n=54)”

Nivel de Estereotipos hacia la vejez	Global		Auto -estereotipos	
	Fi	%	Fi	%
Bajo nivel	1	1,9	8	14.8
Moderado	8	14,8	26	48,1
Alto	38	70,4	20	37.0
Muy alto	7	13,0	-	--
Total	54	100	54	100

Fuente: elaboración propia.

En la tabla es posible visualizar los niveles de estereotipos hacia la vejez respecto de la escala total, tanto en una mirada hacia el grupo etario en general como respecto de sí mismo -auto estero tipos-. En este sentido es posible encontrar una clara diferencia en esta imagen negativa de la vejez, la que es mayor cuando se refiere a “otros” ya que el 70.4% de las respuestas clasifican en “alto” nivel versus es 30% de auto estereotipos negativos, los que más bien se presentan a nivel “moderado” (48,1%).

Tabla 5:

“Distribución porcentual de hetero-estereotipos sobre la vejez, Dimensión Salud, en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Indicadores Dimensión Salud	1	2	3	4	Total	\bar{X}	D.S
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	5.6	18.5	48.1	27.8	100.	2.9	0.83
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales.	11.1	31.5	38.9	18.5	100	2.6	0.91
7. 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.	3.7	14.8	44.4	37.0	100	3.1	0.81
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.	11.1	20.4	42.6	25.9	100	2.8	0.94
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez.	5.6	11.2	24.1	59.3	100	3.3	0.87
Total	7.42	19.28	39.62	33.7	100	2.94	0.87

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

Fuente: elaboración propia.

Se observa que en la dimensión salud existe una tendencia de los casos a ver la vejez y el envejecimiento de otras personas mayores con deterioro y pérdida de capacidades tanto físicas como psicológicas a medida que se van cumpliendo años. Resalta en ese aspecto que más del 80% está *de acuerdo y muy de acuerdo* que desde 65 años existe un notable deterioro de salud (ítems 7) y que tanto la capacidad de memoria (ítems 1), así como la desorientación o confusión son algo ineludible de la etapa de vejez (ítems 13).

Tabla 6:

“Distribución porcentual de hetero-estereotipos sobre la vejez, Dimensión Motivación social, personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Indicadores Dimensión motivación Social	1	2	3	4	TOTAL	\bar{X}	D.S
2.Las personas mayores tienen menos interés por el sexo	9.3	22.3	46.3	22.2	100	2.8	0.90
5.Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes	16.7	27.8	31.5	24.1	100	2.6	1.03
8.A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	24.1	29.7	25.9	20.4	100	2.4	1.07
11.A medida que se hacen mayores pierden la capacidad de resolver los problemas a los que se enfrentan	5.6	22.2	44.4	27.8	100	2.9	0.85
14.Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	20.4	22.2	13.0	44.4	100	2.8	1.21
Total	15.22	24.8	32.2	27.7	100	2.7	1.0

1.Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

Fuente: elaboración propia.

La tabla anterior explicita una visión más heterogénea sobre la imagen de la vejez y el envejecimiento de las otras personas mayores en aspectos como participación, interés por realización de actividades y resolución de situaciones. Se evidencia que más del 53% no comparte la idea de que las otras personas mayores pierdan la atracción por la realización de diversas actividades (ítems 8). Sin embargo, en 4 de los 5 ítems, un 50% de los casos que se inclina a pensar que las otras personas presentan dificultades resolver problemas, generar vínculos de amistades o bien por desarrollar actividades de calidad.

Tabla 7:

“Hetero-estereotipos de vejez dimensión Carácter personalidad, personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54) (n=54)”

Indicadores personalidad	Dimensión	Carácter	1	2	3	4	TOTAL	\bar{X}	D.S
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”			7.4	9.3	40.7	42.6	100	3.1	0.89
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles			3.7	7.4	44.4	44.4	100	3.2	0.76
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños			3.7	11.1	44.4	40.7	100	3.2	0.79
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad			11.1	7.4	46.3	35.2	100	3.0	0.94
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochear”			7.4	20.4	29.6	42.6	100	3.0	0.96
Total			6.66	11.12	41.08	41.1	100	3.1	4.34

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la dimensión carácter personalidad, se observa que esta presenta mayor promedio en comparación con las otras 2 dimensiones, lo que la traduce en la con mayor hetero estereotipo de personas mayores sobre otras de su misma etapa. En general más del 80% de los entrevistados estuvo *de acuerdo y muy de acuerdo* con las declaraciones que indican que ser persona mayor es ser más rígido, cascarrabias o bien tener rigidez mental.

Tabla 8:

“Distribución porcentual de auto-estereotipos de la vejez. Dimensión Salud, personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Indicadores Dimensión salud	1	2	3	4	TOTAL	\bar{X}	D.S
1. La mayor parte de las personas, cuando llegamos a los 65 años de edad, aproximadamente, comenzamos a tener un considerable deterioro de memoria	5.6	18.5	48.1	27.8	100	2.9	0.83
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tenemos (o tendremos) alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar nuestras capacidades normales	35.2	40.7	18.5	5.6	100	1.9	0.87
7. La mayor parte de los adultos mantenemos un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de nuestra salud.	16.7	18.5	31.5	33.3	100	2.8	1.08
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tenemos una serie de incapacidades que nos hacen depender de los demás	33.3	37.0	18.5	11.1	100	2.0	0.98
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de nuestra vejez	22.3	14.8	25.9	37.0	100	2.7	1.16
Total	22.6	25.9	30.1	22.9	100	2.46	0.98

Fuente: elaboración propia 1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

Respecto de la presente tabla, puede identificarse que la mayoría de los casos discrepan sobre tener una enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar capacidades normales (ítem 4) con sobre el 75% sumando las respuestas de *en desacuerdo* y *muy en desacuerdo*, lo mismo ocurre respecto del estereotipo expuesto en el ítem 10, con un 70%. Es interesante contrastar este porcentaje de respuesta con lo señalado en esta dimensión, pero en hetero-estereotipos, donde más de 50% y 60% indica estar *de acuerdo* y *muy de acuerdo* en los ítems 4 y 10

Por otra parte, cerca del 65% de los encuestados coinciden en su apreciación tanto de otros como ellos sobre el poseer una visión bastante negativa respecto del deterioro de la salud a partir de los 65 años (ítem 1 y 7) y el deterioro cognitivo como algo inevitable de su vejez (ítem 13).

Tabla 9:

“Distribución porcentual de auto-estereotipos de vejez, dimensión Motivación Social, en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Ítems	1	2	3	4	TOTAL	\bar{x}	D.S
2. Las personas mayores tenemos menos interés por el sexo.	13	29.7	31.5	25.9	100	2.7	0.97
5.Las personas mayores tenemos menos amigos que las más jóvenes.	24.1	22.2	35.2	18.5	100	2.4	1.05
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.	31.5	29.6	24.1	14.8	100	2.2	1.05
11.A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.	29.6	37.0	18.5	11.1	100	2.1	0.97
14.Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.	16.7	22.2	20.4	40.7	100	2.8	1.13
Total	22.98	28.14	25.94	22.2	100	2.44	1.03

Fuente: elaboración propia. 1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

Respecto de los auto-estereotipos y su dimensión de motivación social, puede observarse en los casos estudiados que resulta ser la dimensión con menor porcentaje promedio, lo que evidencia una baja tendencia de las personas mayores a verse a sí mismas como personas desmotivadas y desinteresadas e incapaces respecto de solucionar problemas en situaciones cotidianas. Sin embargo, un 61.1% señala no poder realizar una tarea tan bien como lo haría una persona más joven.

Tabla 10:

“Distribución porcentual de auto-estereotipos de vejez, dimensión Carácter personalidad, en personas mayores de la Comuna de Hualpén participantes en el estudio (n=54)”

Ítems	1	2	3	4	TOTAL	\bar{X}	D.S
3.Las personas mayores nos irritamos con facilidad y somos “cascarrabias”.	16.7	27.8	40.7	14.8	100	2.5	0.94
6.A medida que las personas nos hacemos mayores nos volvemos más rígidas e inflexibles.	5.6	37.0	35.2	22.2	100	2.7	0.87
9.Las personas mayores somos, en muchas ocasiones, como niños.	31.5	29.6	18.5	20.4	100	2.2	1.12
12.Nuestros defectos se agudizan con la edad.	16.7	27.8	31.5	24.1	100	2.6	1.03
15.Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chocheamos”.	9.3	20.4	31.5	38.9	100	3.0	0.99
Total	15.9	28.5	31.4	24.0	100	2.6	0.99

Fuente: elaboración propia 1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

En cuanto a la dimensión carácter personalidad en las personas mayores estudiadas, su promedio la indica como la dimensión más hetero-estereotipada. En cuanto a sus indicadores, un 60 % aproximadamente, sumando *desacuerdo* y *muy en desacuerdo*, no comparte la idea de ser *en muchas ocasiones como niños* (ítems 9). No obstante, más del 50% se ve como una persona mayor cascarrabias, inflexible, con dificultades que se agudizan a media que envejecen y sus capacidades se ven disminuida.

Tabla 11:

“Estadísticos descriptivos Escala total y por Dimensiones de hetero-estereotipos y auto-estereotipos en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Hetero-Estereotipos hacia la vejez en general	\bar{X}	DS	Mín.	Máx.
Escala Global	44.5	6.1	27	60
Dimensión Salud	14.9	2.3	9	20
Dimensión Motivación	13.6	2.7	7	20
Carácter personalidad	15.8	2.7	8	20
Auto-estereotipos	\bar{X}	DS	Mín.	Máx.
Escala Global	37.6	6.8	19	50
Dimensión Salud	11.9	3	5	18
Dimensión Motivación	12.4	2.9	5	20
Dimensión Carácter personalidad	13.1	2.9	5	19

Fuente: elaboración propia.

En la tabla anterior se exponen los promedios de estereotipos tanto hacia las otras personas mayores (hetero-estereotipos) como en sí mismo (auto-estereotipos). Las medias explicitan un mayor puntaje de imagen negativa de la vejez cuando se piensa en las otras personas ($\bar{x} = 44.5$) versus en auto-estereotipos (37.6). Además, la escala global de auto-estereotipos presenta una DS=6.8 y la escala global de estereotipos presentan una DS=6.1. respecto de sus dimensiones, se exhibe que, en ambos tipos de representaciones sociales de la vejez, lo relativo al de carácter personalidad es lo que presentar mayor nivel de estereotipos.

Tabla 12:

“Distribución porcentual del Nivel de hetero-estereotipos y auto-estereotipos Negativos respecto de la Vejez (Global), en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Nivel de hetero-estereotipo Dimensión Salud	Hetero-estereotipos		Auto-estereotipos	
	Fi	%	Fi	%
Bajo estereotipo (5-9)	1	1,9	10	18,5
Moderado estereotipo (10-13)	13	24,1	30	55,6
Alto estereotipo (14-17)	32	59,3	13	24,1
Muy alto estereotipo (18-20)	8	14,8	1	1,9
Total	54	100	54	100

Nivel de estereotipo Dimensión motivación	Hetero-estereotipos		Autoestereotipos	
	Fi	%	Fi	%
Bajo estereotipo (5-9)	4	7,1	9	16,7
Moderado estereotipo (10-13)	20	37	25	46,3
Alto estereotipo (14-17)	26	48,1	19	35,2
Muy alto estereotipo (18-20)	4	7,4	1	1,9
Total	54	100	54	100

Nivel de estereotipo Dimensión carácter personalidad	Hetero-estereotipos		Autoestereotipos	
	Fi	%	Fi	%
Bajo estereotipo (5-9)	2	3,7	5	9,3
Moderado estereotipo (10-13)	7	13	21	38,9
Alto estereotipo (14-17)	33	61,1	24	44,4
Muy alto estereotipo (18-20)	12	22,2	4	7,4
Total	54	100	54	100

Fuente: elaboración propia

Respecto a los niveles de hetero y auto-estereotipos por Dimensión, en la tabla se observa a una tendencia similar a lo expuesto en tabla 11, la tendencia porcentual de las respuestas para todas dimensiones es más alta cuando se refiere a otros, más que a sí mismo., entre el 50% a 60% se concentra en un nivel alto de estereotipos negativos hacia la vejez (otros) y esta cifra disminuye a nivel de auto-esterotipos.

La dimensión que presenta una mayor concentración de respuestas en ambas “miradas” es la de “carácter personalidad, 61.1% y 44.4% en “alto nivel de hetero-estereotipos y auto-estereotipos respectivamente, esto da cuenta de una visión negativa más generalizada de los aspectos de asociados al carácter y personalidad de las personas.

VI.3 DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE PREJUICIOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN

Tabla 13:

“Distribución porcentual del nivel de prejuicios hacia la vejez en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54) ”

Items								Muy	\bar{x}	D.S
	1	2	3	4	5	6	7			
1. Triste	5.6	13	13	9.3	7.4	37.0	14.8	Alegre	4.7	1.8
2. Inútil	1.9	7.4	5.6	9.3	20.4	40.7	14.8	Útil	5.2	1.5
3. Intratable	1.9	7.4	3.7	1.9	3.7	57.4	24.1	Amistoso	5.6	1.5
4. Egoísta	1.9	5.6	7.4	5.6	9.3	50.0	20.4	Generoso	5.4	1.5
5. Inestable	3.7	14.8	9.3	14.8	16.7	38.9	1.9	Estable	4.5	1.6
6. Desadaptado	3.7	9.3	5.6	9.3	20.4	37.0	14.8	Adaptado	5.0	1.6
7. Desafortunado	3.7	5.6	1.9	11.1	24.1	44.4	9.3	Afortunado	5.1	1.4
8. Infravalorado	5.6	13.0	25.9	11.1	11.1	24.1	9.3	Valorado	4.1	1.7
9. Enfermo	13.	38.9	11.1	20.4	7.4	3.7	5.6	Sano	3.0	1.6
10. Improductivo	5.6	5.6	13.0	14.8	20.4	35.2	5.6	Productivo	4.6	1.6
11. Feo	0	0	11.1	24.1	9.3	29.6	25.9	Guapo	5.3	1.3
12. Despreciado	1.9	13.0	5.6	24.1	9.3	33.3	13.0	Respetado	4.7	1.6
13. Insignificante	3.7	7.4	9.3	9.3	14.8	35.2	20.4	Importante	5.1	1.7
14. Fatigado	9.3	24.1	14.8	7.4	14.8	25.9	3.7	Descansado	3.8	1.8
15. Anodino	0	3.7	11.1	18.5	18.5	27.8	20.4	Atractivo	5.1	1.4
16. Inflexible	9.3	18.5	14.8	9.3	16.7	20.4	11.1	Flexible	4.1	1.9
17. Intolerante	3.7	14.8	5.6	13.0	14.8	37.0	11.1	Tolerante	4.7	1.7
18. Pesimista	5.6	11.1	9.3	5.6	18.5	37.0	13.0	Optimista	4.8	1.7
19. Intranquilo	3.7	13.0	7.4	7.4	9.3	33.3	25.9	Tranquilo	5.0	1.8
20. Insatisfecho	3.7	1.9	7.4	7.4	14.8	50.0	14.8	Satisfecho	5.3	1.4
21. Desilusionado	5.6	14.8	11.1	9.3	14.8	35.2	9.3	Ilusionado	4.5	1.8
22. Desagradable	1.9	3.7	1.9	13.0	9.3	51.9	18.5	Agradable	5.5	1.3
23. Despreciable	0	0	1.9	16.7	25.9	42.6	1.9	Admirable	5.4	0.9
24. Irresponsable	0	0	5.6	9.3	5.6	34.1	42.6	Responsable	6.0	1.1
25. Incompetente	0	7.4	1.9	59.2	11.1	14.8	14.8	Eficiente	5.2	1.4
Total	100	100	100	100	100	100	100		4.8	1.5
Escala global.									5.0	1.8

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de los sentimientos asociados a las personas mayores, se observa que existen sensibilidades mucho más positivas respecto de ellos y su vejez en comparación con las imágenes de hetero-estereotipos, poco más del 50% expresa sentir la vejez de los otros con adjetivos positivos (15 de 21 adjetivos), particularmente destacan el ser **responsable** (76.7% en *bastante y mucho*), **amistoso** (74%), **generoso** (70%), **agradable** (70.8%) y **satisfecho** (64.8%). En el sentido opuesto, los sentimientos más negativos se enmarcan las imágenes o cualificativos negativas, donde asocian la vejez con enfermedad (51.9% en *bastante y mucho*), fatiga (33.4%) e inflexible (27,8%). Finalmente cabe señalar que existe un grupo importante de personas mayores (59.2%) que no considera la Vejez con competencia o incompetencia. Al revisar la columna de promedios se observa con mayor claridad esta tendencia de respuestas, en características con valoraciones más positivas (\bar{x} =5 o mayor) y aquellas con valoraciones más bien hacia una característica negativa (media=4 o menos)

Tabla 14:

“Distribución porcentual Nivel de prejuicios (diferencial semántico) hacia la veje en la dimensión Imagen en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Adjetivos sobre “Vejez”. Imagen	\bar{x}	D.S
3. Intratable / Amistoso	5,6	1,5
4. Egoísta / Generoso	5,4	1,5
8. Infravalorado/Valorado	4,1	1,7
12. Despreciado / Respetado	4,7	1,6
15. Anodino (insignificante) / Atractivo	5,1	1,4
16. Inflexible / Flexible	4,1	1,9
17. Intolerante / Tolerante	4,7	1,7
22. Desagradable / Agradable	5,5	1,3
23. Despreciable / Admirable	5,4	0,9
24. Irresponsable / Responsable	6,0	1,1
25. Incompetente / Eficiente	5,2	1,4
Promedio Dimensión	5.0	1.4

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la dimensión Imagen de la escala de Prejuicios de la Vejez, al comparar las medias de las respuestas se observa una tendencia mayoritaria de respuestas con promedios cercanos y superior a 5, lo que significa la manifestación de sentimientos positivos sobre la vejez y las personas mayores. Se destaca que la característica con media más alta es la que se relaciona con el irresponsable/responsable (6,0), con una desviación estándar de 1.1, lo que muestra mayor homogeneidad en las respuestas, esto deja ver que las personas expresan sentimientos positivos respecto del ítem. Por el contrario, la menor media registrada en la dimensión imagen son las relativas a inflexible/flexible (\bar{x} =4,1) e infravalorado/valorado (\bar{x} =4.1). Respecto de estos dos últimos ítems, las desviaciones estándar son de 1.9 y 1.7 respectivamente, mostrando una mayor dispersión de las respuestas respecto de la media en comparación con el ítem más positivo encontrado. El promedio general de la dimensión \bar{x} =5.0 indica una tendencia positiva respecto de prejuicios acerca de la vejez de las personas mayores.

Tabla 15:

“Distribución porcentual diferencial semánticos de prejuicios hacia la veje en su Dimensión Autoconcepto en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Adjetivos sobre “Vejez”. Autoconcepto	\bar{x}	D.S
1.Triste/ Alegre	4,7	1,8
2.Inútil / Útil	5,2	1,5
5.Inestable/ Estable	4,5	1,6
6.Desadaptado/Adaptado	5,0	1,6
9.Enfermo / Sano	3,0	1,6
10.Improductivo /Productivo	4,6	1,6
19.Intranquilo/Tranquilo	5,0	1,8
20.Insatisfecho / Satisfecho	5,3	1,4
21.Desilusionado / Ilusionado	4,5	1,8
Promedio Dimensión Autoconcepto	4.6	1.6

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la dimensión de Autoconcepto se evidencia una mayor heterogeneidad en las valoraciones afectivas que manifiesta los casos entrevistados. La

dimensión presenta una valoración neutra con una media de 4.6 y desviaciones similares y cercanas a 1.5 en todos los indicadores. En general los ítems más positivos están orientados sentir a las personas mayores como individuos satisfechos ($\bar{x}=5,3$) y útiles (5,2). Sin embargo, tal como sucede respecto en los hetero-estereotipos y auto-estereotipos de vejez, existe la tendencia en generar sentimientos más negativos en cuando a la salud, donde las respuestas tienden a sentirlos como personas enfermas ($\bar{x}=3.0$).

Tabla 16:

“Distribución porcentual diferencial semánticos de prejuicios hacia la veje en su dimensión imagen autoestima en las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Adjetivos sobre “Vejez”. Autoestima	\bar{x}	D.S
7.Desafortunado/Afortunado	5,1	1,4
11.Feo / Guapo	5,3	1,3
13.Insignificante / Importante	5,1	1,7
14.Fatigado / Descansado	3,8	1,8
18.Pesimista / Optimista	4,8	1,7
Promedio	4.8	1.5

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, respecto de los prejuicios en la dimensión Autoestima, el ítem que contrapone los adjetivos fatigados/descansado presenta la media más baja ($\bar{x}=3,8$). Lo que indica una concentración de respuestas hacia el extremo negativo, aunque las respuestas presentan una dispersión mayor que para los siguientes adjetivos. Los otros 4 aspectos de esta dimensión tienden a estar con medias cercanas a 5 de un máximo de 7, variando de 4,8 en pesimista/optimista, a 5.3 en feo/guapo.

En resumen, la dimensión de prejuicio global con valoraciones más positivas es la de Imagen personal ($\bar{x}=5.0 \pm 1.4$), seguida de Autoestima ($\bar{x}=4.86 \pm 1.3$) y luego Autoconcepto ($\bar{x}=4.75 \pm 1.6$). Esto indica en parte que los juicios que se hacen de las

personas mayores son más negativos cuando son asociados a la percepción, la valoración y afecto que cada persona mayor tiene.

VI.4 RELACIONES ENTRE LOS NIVELES DE AUTO-ESTEREOTIPOS DE VEJEZ Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PERSONAS MAYORES DE LA COMUNA DE HUALPÉN.

Tabla 17:

“Distribución porcentual de nivel de auto-estereotipo según género en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Genero	Mujer	Hombre	Total
	%(fi)	%(fi)	%(fi)
Bajo auto estereotipo	17.1 (7)	7.7 (1)	14.8 (8)
Moderado auto estereotipo	48.8 (20)	46.2 (6)	48.1 (26)
Alto auto estereotipo	34.1 (14)	46.2 (6)	37.0 (20)
Muy alto auto estereotipo	-	-	-
Total	100(41)	100(13)	54(100)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se presentan las variables de auto estereotipo relacionado con el género de los encuestados donde se observa que tanto mujeres como hombres presentan *un nivel moderado y alto de auto-estereotipos*, aunque en el caso de las mujeres se concentra mayoritariamente en moderado (48.8%) y para los hombres se presentan una alta frecuencia en las *categorías de moderado y alto auto estereotipo* (46.2%). Así mismo las mujeres tienen una mayor frecuencia en bajo nivel de estereotipos.

Tabla 18:

“Distribución porcentual de nivel de auto-estereotipos según Nivel educacional en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Nivel Educativo	Básica Incompleta	Básica Completa	Media Incompleta	Media Completa	Superior	Total
	%(Fi)	%(Fi)	%(Fi)	%(Fi)	%(Fi)	%(Fi)
Nivel de Auto-estereotipos						
Bajo auto estereotipo	11,1(1)	-	13,3(2)	12,5(1)	33,3(4)	14,8(8)
Moderado auto estereotipo	44,4(4)	40,0(4)	53,3(8)	62,5(5)	41,7(5)	48.1(26)
Alto auto estereotipo	44.4(4)	60.0(6)	33.3(5)	25.0(2)	25.0(3)	37.0(20)
Muy alto auto estereotipo	-	-	-	-	-	-
Total	100 (9)	100 (10)	100(15)	100(8)	100(12)	100(54)

Fuente: Elaboración propia.

Al relacionar el ámbito educación con auto-estereotipos de las personas mayores, se evidencia que independiente del nivel educacional, los casos encuestados tienen a concentrar los mayores porcentajes en moderados y auto-estereotipos, exceptuando a quienes tienen básica completa donde más del 60% posee altos auto-estereotipos, superando a los demás niveles por un 15% y 35% aproximadamente. En general los casos entrevistados tienen a tener una imagen negativa sobre sí misma, concentrando más del 80% al sumar moderado y altos auto-estereotipos. Es importante mencionar que el único nivel educacional en que una baja de autoimagen de vejez (33,3%) superada a una alta imagen auto-estereotipada de sí mismos es en quienes tienen educación superior.

Tabla 19:

“Distribución porcentual de nivel de auto-estereotipos según Nivel de ingresos en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Ingresos Nivel de Auto estereotipo	Menos \$230.000 % (Fi)	\$230.001- 462.000 % (Fi)	\$462.001- 692.000 % (Fi)	\$692.001-Y 922.000 % (Fi)	Total % (Fi)
Bajo	13,6% (3)	16,7% (4)	33,3% (1)	-	14,8 (8)
Moderado	50% (11)	37,5% (9)	33,3% (1)	100% (5)	48,1% (26)
Alto	36,8% (4)	45,8% (11)	33,3% (1)	-	37% (20)
Total	100 (17)	100 (24)	100 (3)	100 (5)	100% (54)

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla anterior que independiente del nivel de ingresos de las personas entrevistadas, los mayores porcentajes de estereotipos se concentran en moderado y alto. Se logra apreciar que cerca del 87% de los casos, sumando moderado y alto estereotipos, corresponden a quienes concentran ingresos menores a \$230.000.

Tabla 20:

“Distribución porcentual de nivel de auto-estereotipos según estado civil de las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Estado Civil	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Divorciado	Total
Auto-estereotipos	%(fi)	%(fi)	%(fi)	%(fi)	
Bajo auto estereotipo	33.3 (2)	3.7(1)	25.0 (4)	20(1)	14.8 (8)
Moderado auto estereotipo	50 .0 (3)	51.9(14)	37.5(6)	60 (3)	48.1 (26)
Alto auto estereotipo	16.7 (1)	44.4(12)	37.5(6)	20(1)	37 (20)
Muy alto auto estereotipo	-	-	-	-	-
Total	100 (6)	100 (27)	100 (16)	100 (5)	100 (54)

Fuente: Elaboración propia.

Se puede señalar que de acuerdo con el estado civil en todos ellos predominan niveles moderados de auto estereotipos, siendo este mayor en personas divorciadas (60%), y el menor porcentaje en viudas/os (37.5%). Por otra parte, se puede observar que son las personas solteras quienes tienen un mayor porcentaje en bajo nivel de estereotipos, así también son las casadas y viudos/as quienes tienen mayores porcentajes en alto nivel de auto-estereotipos (44.4% y 37,5% respectivamente).

Tabla 21:

“Distribución porcentual de auto-estereotipos según edad (en rangos) de las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Edad	60-69	70-79	Más de 80 años	Total
Nivel Auto-Estereotipo	%(fi)	%(fi)	%(fi)	
Bajo auto estereotipo	16.7 (2)	17.9(5)	7.1 (1)	14.8 (8)
Moderado auto estereotipo	25.0 (3)	42.9 (12)	78.6(11)	48.1(26)
Alto auto estereotipo	58.3 (7)	39.3(11)	14.3(2)	37 (20)
Muy alto auto estereotipo	-	-	-	-
Total	100 (12)	100 (28)	100(12)	100 (54)

Fuente: Elaboración propia.

La relación entre los rangos etarios y los niveles de auto-estereotipos revela una tendencia a la disminución en altos estereotipos a medida que aumenta la edad tanto para bajo como alto auto-estereotipos. Este patrón se manifiesta claramente al observar que el porcentaje de personas de 60 a 69 años con altos estereotipos es del

58%, disminuyendo a un mínimo del 14% en el grupo de 80 años y más. Sin embargo, se observa un aumento en los moderados estereotipos de sí mismo a medida que aumenta la edad. En términos generales, las personas mayores tienden a tener una imagen negativa de sí mismas, concentrando los porcentajes en los niveles moderados y altos de auto-estereotipos. Es particularmente notable que el grupo de 80 años y más presenta el mayor nivel de moderados auto-estereotipos de vejez, con un significativo 78.6%, superando ampliamente a los grupos de menor edad.

Tabla 22:

“Diferencia de comparación de medias en el nivel de auto-estereotipos con variables sociodemográficas en las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Variable de comparación	N	Media	D.S	F (ANOVA)	Sig.
Edad					
60-69	12	39,2750	2,4	0,583	,562
70-79	28	37,5357	1,4		
Sobre 80 años	14	36,3357	0,9		
Genero					
T (STUDENT)					
Mujer	41	11,8951	2,9	-0,416	,679
Hombre	13	12,3077	3,5		
Nivel Educativo					
F (ANOVA)					
Básica Completa	9	39,8889	7,5	1,182	,330
Básica Incompleta	10	40,4000	4,2		
Ed. Media completa	15	35,9733	7,3		
Ed. Media Completa	8	37,8750	6,1		
Ed. Superior	12	35,4500	7,6		
Estado civil					
F (ANOVA)					
Soltero	6	33,2667	5,2	2,389	,080
Casado	27	39,8519	5,6		
Viudo/a	16	36,3563	8,3		
Divorciado	5	34,7400	6,5		

Fuente: Elaboración propia.

Al comparar las medias de los niveles de auto estereotipos según variables sociodemográficas, por edad en rango etario podemos evidenciar que las diferencias entre las medias de los grupos no resultan significativas al aplicar la prueba ANOVA (F=0,475, Sig.=0,714). Por género, las diferencias de medias entre ellos no resultan significativas de acuerdo con la prueba T de Student (t=-0,416, Sig.= 0,679). Situación

similar ocurre para las comparaciones de medias según nivel educacional, donde los resultados de la prueba ANOVA exponen que no hay diferencias significativas entre las medias ($F=1,182$, $Sig.=0,330$), aunque si podemos observar que son las personas con escolaridad básica las que presentan los promedios más altos. En cuanto al estado civil, la prueba ANOVA indica que no hay diferencia entre las medias ($F=2,389$; $Sig.=0,80$)

Tabla 23:

“Correlación auto-estereotipo global y por dimensiones con variables sociodemográficas de las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”. (Rho de Spearman)

Auto estereotipos de Vejez Variables Sociodemográfica	ESCALA TOTAL	Dimensión salud	Dimensión motivación	Dimensión Carácter personalidad
Nivel de escolaridad	-,272*	-,257	-,135	,057
Sig.	,047	,061	,331	,681
N	54	54	54	54
Genero	,131	,066	,014	,396**
Sig.	,346	,633	,923	,003
N	54	54	54	54
Nivel de ingresos	-,064	-,252	,070	,160
Sig.	,643	,066	,613	,249
N	54	54	54	54
Rango etario	-,206	-,253	-,098	-,137
Sig.	,135	,064	,479	,325
N	54	54	54	54

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla anterior la relación entre auto-estereotipo global con variables sociodemográficas podemos indicar que los niveles de auto-estereotipos global se asocian con escolaridad, esta correlación significativa baja, significativa e inversa ($Rho=,272$; $Sig. ,047$), lo que indica la tendencia de que a menor escolaridad mayor presencia de auto-estereotipos de la vejez. En cuanto a la correlación de las dimensiones de estos auto-estereotipos con las variables demográficas, existe un correlación baja y significativa entre género y el nivel de autoimagen negativa ($Rho=,396$; $Sig. ,003$). Las restantes dimensiones no se correlacionan significativamente

con variables sociodemográficas, no obstante, si asumiéramos un 7% de error podríamos decir que existe una relación baja y negativa entre la dimensión salud con nivel de escolaridad, ingresos y edad, lo que implicaría que a menor nivel de la una de las variables demográficas mayor nivel de auto-estereotipos hacia la vejez.

Tabla 24:

“Correlación hetero-estereotipo global y por dimensiones con variables sociodemográficas de las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”. (Rho de Spearman)

Estereotipos de Vejez Variables Sociodemográficas	Escala global	Dimensión salud	Dimensión motivación	Dimensión Carácter personalidad
Nivel de escolaridad	-,184	-,235	-,187	,123
Sig.	,182	,087	,176	,377
N				
Genero	,199	-,027	-,085	,233
Sig.	,150	,847	,541	,090
N				
Nivel de ingresos	-,044	-.269*	-,024	,018
Sig.	,753	,049	,865	,896
N				
Rango etario	-,092	-,086	-,009	-,188
Sig.	,510	,537	,946	,173
N				

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

La interpretación de la tabla sobre estereotipos de vejez y variables sociodemográficas revela que, en términos generales, la asociación entre los estereotipos globales y el nivel de escolaridad no es significativa (Rho=-,184, sig=0.182), indicando que la percepción de la vejez no está fuertemente vinculada al nivel educativo de los participantes, de manera similar, no se encontró una asociación significativa entre los estereotipos y el género (Rho=,199, sig=,150), a diferencia de los hallazgos en la tabla anterior.

En el análisis del nivel de ingresos, se identifica una correlación significativa y negativa en la dimensión de motivación (Rho=-,269, p=.049). Esto sugiere que a medida

que el nivel de ingresos disminuye, la percepción de auto-estereotipos relacionados con la motivación tiende a aumentar. La correlación se califica como significativa e inversa, siendo una asociación moderada.

En cuanto al rango etario, no se encontraron correlaciones significativas con los auto-estereotipos globales ni con las dimensiones específicas de salud, motivación y carácter/personalidad. Estas asociaciones pueden considerarse como no significativas.

VI.5 DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LOS NIVELES DE LOS AUTO-ESTEREOTIPOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.

Tabla 25:

“Distribución porcentual respecto de alimentación saludable en las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Número de comidas diarias	Fi	%
Desayuno, Almuerzo, Once	14	25.9
Desayuno, Almuerzo, Once, Cena	19	35.2
Desayuno, Colación, Almuerzo, Once, Cena	13	24.1
Desayuno, Colación, Almuerzo, Colación 2, Once, Cena	8	14.8
Total	54	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tipo de alimentación saludable, la distribución según cantidad de comidas ingeridas indica que más del 70% de las personas consume entre 4 a 6 comidas al día, siendo el porcentaje mayor (35,2%) en quienes ingieren 4 comidas diarias.

Tabla 26:

“Distribución porcentual de auto-estereotipo hacia la vejez, según Salud física de las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Nivel Auto-estereotipo Vejez Salud física	Bajo nivel auto-estereotipo	Moderado nivel auto-estereotipo	Alto nivel auto-estereotipo	Total
Conducta saludable	62.5 (5)	34.6 (9)	15.0 (3)	31.5 (17)
Conducta no saludable	37.5 (3)	65.4 (17)	85 (17)	68.5 (37)
Total	100(8)	100(26)	100(20)	100(54)

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior se puede señalar, en primer lugar, que la mayoría de la muestra estudiada presenta un nivel “no saludable” de autocuidado en actividad física con un 68.5% de los casos. En segundo lugar, al observar la asociación con la variable auto-estereotipos de vejez, se aprecia que quienes poseen un bajo nivel de estereotipos hacia la vejez (62,5%) mantiene una conducta saludable en el ámbito de actividad física, versus quienes presentan moderado o alto nivel de auto-estereotipos (34,6% y 15%). Por el contrario, en los niveles de moderado y alto auto-estereotipos se concentrarán los mayores porcentajes de *conducta no saludable* (65,4% y 85% respectivamente)

Tabla 27:

“Autoeficacia según nivel auto-estereotipo de las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”.

Nivel de Autoeficacia	Bajo nivel auto estereotipo	Moderado nivel auto estereotipo	Alto nivel auto estereotipo	Total
Autoeficacia baja	-	-	-	-
Autoeficacia moderada	12.5(1)	30.8(8)	20.0(4)	24.1(13)
Autoeficacia alta	87.5(7)	69.2(18)	80.0(16)	75.9 (41)
Total	100(8)	100(26)	100(20)	100(54).9(41)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa, en primer lugar, que un 75.9% presenta una autoeficacia alta que según el nivel de auto-estereotipos lo que implica que tienen un alto conocimiento acerca de sus capacidades y seguridad para alcanzar una meta o enfrentar una situación. Así mismo, queda explicitado que tanto los casos con bajo y alto auto-estereotipos tienen sobre el 80% de autoeficacia alta, aunque es mayor para quienes tienen auto-estereotipos bajos (87,5%). Por otra parte, quienes tienen una imagen moderadamente negativa de sí mismo superan en un 10% y más a quienes tienen bajo y alto auto-estereotipos en la categoría moderada autoeficacia.

Tabla 28:

“Depresión y auto-estereotipo, en las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Nivel de presencia Síntomas Depresivos	Bajo nivel auto estereotipo	Moderado nivel auto estereotipo	Alto nivel auto estereotipo	Total
Normal	87.5(7)	73.1(19)	45.0(9)	64.8(35)
Indicios de depresión	12.5(1)	15.4(4)	50.0(10)	27.8(15)
Indicador casi siempre de depresión.	-	11.5(3)	5.0(1)	7.4(4)
Total	100(8)	100(26)	100(20)	100(54)

Elaboración propia

Respecto a los síntomas de depresión según niveles de auto estereotipos, los mayores porcentajes se concentran en una sintomatología normal, la cual es más evidente en personas con bajo y moderado estereotipos (87,5% y 73.1%) y a su vez son las personas con alto nivel de auto-estereotipos quienes presentan mayores indicios de depresión (50%) Esta relación resulta significativa según los datos expuestos en la tabla N° (Rho=,302; Sig.= ,026).

Tabla 29:

“Adherencia a tratamiento y auto-estereotipo, en las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Auto-estereotipos de vejez	Bajo nivel auto estereotipo	Moderado nivel auto estereotipo	Alto nivel auto estereotipo	Total
Nivel de adherencia tratamiento	% (Fi)	% (Fi)	% (Fi)	% (Fi)
No adherente	50.0(4)	38.5 (10)	50.0 (10)	44,4(24)
Adherente	50.0 (4)	61.5 (16)	50.0 (10)	55.6 (30)
Total	100 (8)	100 (26)	100 (20)	100 (54)

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la comparación entre el nivel de auto estereotipos y la adherencia o no a tratamiento médicos, no se presentan mayores diferencias en esto último según el nivel de presencia de auto-estereotipos, sólo se puede agregar que existe un 10% más de personas con adherencia en quienes tienen un moderado nivel de auto-estereotipos hacia la vejez, 50% versus un 61.5%, esta relación no es significativa (**VER TABLA 31**).

Tabla 30:

“Empoderamiento en salud según nivel de auto-estereotipos, en las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Auto-estereotipos	Bajo nivel auto estereotipo	Moderado nivel auto estereotipo	Alto nivel auto estereotipo	Total
Nivel de empoderamiento en salud	% (Fi)	% (Fi)	% (Fi)	% (Fi)
Moderado	-	26.9 (7)	10. (2)	9 (16.7)
Alto	100 (8)	73.1 (19)	90 (18)	45 (83.3)
Total	100 (8)	100 (26)	100 (20)	54 (100)

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en que el nivel de empoderamiento en salud de quienes participaron en el estudio se concentra con 83.3% en alto. Al comparar los niveles de auto-estereotipos con el empoderamiento de salud, se evidencia que existen una concentración de alta eficacia en los distintos niveles de auto-estereotipos, superior al 70% y llegando al 100% en bajo auto-estereotipos, no obstante, hay una diferencia porcentual de al menos un 16% entre quienes tienen moderados (73.1%) respecto de alto (90%) de autoimagen negativa de sí mismo. Relación que no resulta ser significativa ($Rho=,028$; $Sig.=,841$) **(VER TABLA 31)**

Tabla 31:

“Correlación Rho de Spearman Nivel auto-estereotipos hacia la Vejez con variables de Autocuidado, en las personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén participantes en el estudio (n= 54)”

Nivel de Auto-estereotipos hacia la Vejez				Nivel de Hetero-estereotipos		
Rho de Spearman	Correlación	Sig.	N	Correlación	Sig.	N
Estilos Promotores de Salud- Física	-,330*	,015	54	-,094	,500	54
Adherencia a Tratamiento	-,047	,735	54	,015	,915	54
Depresión en Adultos Mayores	,302*	,026	54	,310*	,023	54
Empoderamiento en Salud	,028	,841	54	,058	,680	54
Autoeficacia	,009	,948	54	-,041	,766	54
R de Pearson	Correlación	Sig.	N	Correlación	Sig.	N
N° de comidas diarias	-,125	,367	54	,049	,727	54
Escala de Prejuicios hacia la Vejez	-0,184	0,182	54	-,168	,224	54

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la prueba estadística de correlación (Rho de Spearman) entre la variable de auto-estereotipo sobre la vejez con variables que componen el autocuidado, se puede afirmar que existe una correlación baja y negativa (Rho $-.330$; Sig. $.015$) entre auto-estereotipos y Estilos promotores de salud física, lo que implica que ambas variables se mueven en sentido contrario. Por tanto, al aumentar la magnitud de auto-estereotipos, de los casos encuestados, disminuye en nivel de autocuidado y conducta saludable en el ámbito de salud física. De igual manera, existe una correlación baja pero significativa (Rho $= .310$; Sig. $.023$) entre hetero-estereotipos y la presencia de síntomas depresivos, con una dirección directa que implica que a medida que aumenta o disminuye la imagen negativa de la vejez, aumenta o disminuye la presencia de sistemas depresivos en las personas mayores del estudio. Misma dirección de correlación de síntomas depresivos existe con la variable auto-estereotipos, pero más baja ($0,302$; Sig. $.026$).

En cuanto al número de comidas diarias, no se existe una relación que sea relevante ($r=-,127$; Sig. $.,367$) lo que implica que la autoimagen negativa de sí mismo no influye en el autocuidado de alimentación de las personas estudiadas.

Finalmente, respecto de la relación entre el grado de auto estereotipo y nivel de prejuicios acerca de la vejez, si bien existe una correlación bastante baja, ésta no es significativa ($r= -0,184$; Sig. $= .182$).

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tal como se indicó al comienzo de la presente investigación, en muchas partes del mundo se experimenta un notorio proceso demográfico de envejecimiento, evidenciando un aumento significativo en la proporción de personas mayores. Específicamente en el caso de Chile, durante el presente año, según cifras de las Naciones Unidas (2019) pasa a ser oficialmente un país envejecido. Este fenómeno, impulsado por mejoras en las condiciones de vida y la atención médica, plantea

desafíos significativos y oportunidades para el desarrollo de políticas públicas centradas en el bienestar de este segmento de la población. La comprensión profunda de las realidades que enfrentan los adultos mayores se vuelve imperativa, no solo desde una perspectiva cuantitativa, sino también cualitativa. En este contexto, la presente investigación se posiciona como un esfuerzo para explorar y comprender el autocuidado que tienen las personas mayores y como se relacionan con los hetero y auto-estereotipos, además de los prejuicios hacia la vejez entre las personas mayores de Hualpén.

VII.1. DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

Para el presente estudio se seleccionó una muestra de 54 personas de 60 y más años pertenecientes a la comuna de Hualpén. Del total 41 corresponden al género femenino y 13 al masculino. El mayor porcentaje según rango etario se encuentra en las personas de 70 a 79 años con una frecuencia de 28 personas. Según su estado civil en su mayoría son casados (27) seguido de personas viudas (16). En nivel de escolaridad se concentra en media incompleta con 15 personas, seguida de 12 con educación superior. En general provienen de 3 tipos de composición familiar siendo mayor el tipo de familia Unipersonal con una frecuencia de 14, seguida por la misma cantidad (22) para familia nuclear sin hijos y familia extensa. Así mismo la distribución de ingresos indica que 46 personas poseen ingresos menores a \$462.000, los cuales provienen en su mayoría de ingresos por pensión (50), seguida por aporte estatal (17).

VII.2 DE LOS NIVELES DE HETERO-ESTEREOTIPOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.

En la evaluación de los niveles de hetero-estereotipos en personas mayores de 60 años y más en la comuna de Hualpén, se identifican patrones significativos que reflejan percepciones predominantes en la comunidad. A nivel de la escala total, al

menos 9 de los 15 indicadores muestran respuestas mayores al 40% en la categoría "de acuerdo".

Especialmente relevante es el ítem 13, que aborda el deterioro cognitivo, destacando con la media más alta ($X=3.3$) y el mayor porcentaje de respuestas en "muy de acuerdo" (59.3%). Estos resultados concuerdan con la afirmación de Escúntar y Zambrano (2021), quienes señalan que los estereotipos negativos sobre la vejez suelen vincularse con un inevitable deterioro y aparición de enfermedades.

En la dimensión de salud, dos indicadores superan el umbral de 3 puntos en la escala, sugiriendo niveles significativos de estereotipos. "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" ($X=3.1$) y "El deterioro cognitivo es una parte inevitable de la vejez" ($X=3.3$) destacan, siendo este último el que concentra el mayor porcentaje de respuestas afirmativas. La creencia en que todos los problemas de salud son inevitables en la vejez, según Doncel (2020), refuerza la visión negativa asociada al envejecimiento.

La dimensión de motivación social presenta promedios más bajos en las categorías "alto" y "muy alto" nivel de estereotipos (55.5%). Aunque se observa una variedad en las respuestas entre "bastante acuerdo" y "bastante desacuerdo", indica una existencia moderada de estereotipos en relación con la motivación y capacidad social de las personas mayores.

Los hallazgos sugieren que los hetero-estereotipos en los casos de Hualpén están particularmente arraigados en la percepción del deterioro cognitivo y la salud, lo que refleja una imagen negativa de la vejez,

En la dimensión Carácter-personalidad, se observa una concentración en las categorías "de acuerdo" y "muy de acuerdo", siendo el ítem "Los defectos de la gente se agudizan con la edad" el que obtiene el mayor porcentaje en la categoría "de acuerdo" (46.4%). En general, las medias de respuesta en esta dimensión oscilan entre 3 y 3.2, indicando la presencia de estereotipos relacionados con la personalidad de las

personas mayores. Además, es esta dimensión la que obtuvo un promedio porcentual mayor (83,3%) en las respuestas alto y muy alto nivel de estereotipos. El que esta dimensión haya sido la con mayor estereotipo es similar a lo encontrado en el estudio de Escúntar y Zambrano (2021) quienes señalan que la dimensión “Carácter-personalidad” fue la que mayores estereotipos presentó (74,9%), lo que implica pensar que son personas rígidas en sus pensamientos y que no pueden cambiar sus comportamientos.

En este sentido, el instrumento aplicado a la población mayor de Hualpén contó con preguntas abiertas para complementar la visión respecto de los hetero-estereotipos en las personas mayores de una forma más cualitativa. Así, a la pregunta “Puede expresar en sus propias palabras, ¿qué piensa usted respecto de las personas mayores en general, como las ve en la actualidad, en nuestro país o en su entorno habitual?” se encontraron respuestas principalmente relacionadas con conceptos como preocupaciones de salud, aislamiento y abandono. Respuestas como “Con poca movilidad, la mayoría están enfermos y solos. No tienen apoyo, y son poco participativas” ... “Hay personas mayores no activas, no quieren trabajar, sienten dolores. Pocos se motivan”.

En resumen, se puede evidenciar que la población del estudio mantiene niveles moderados y concentración en altos respecto de las otras personas mayores. Esto reafirma, que existe una construcción social de la vejez y el envejecimiento que tiende a ser negativa, asociando en general a las personas con 60 y más años con rigidez mental o menor flexibilidad mental, para aceptar, cuestionar ideas u opiniones, en diversas situaciones y para diferentes acciones, también la vinculan con pérdidas y declives tanto de funciones físicas, cognitivas y con asociaciones negativas respecto de la salud. Esto indica que, no solo existe desde diferentes grupos etarios y desde diversos actores edadismos hacia las personas mayores, sino también dentro del mismo grupo que está en la etapa de vejez situación que ya ha sido evidenciada por Gómez (2003), lo que se traduce en una imagen sesgada, simplificada, que producen una visión homogénea que no permite relevar la existencia de vejeces y envejecimientos.

VII.3. DE LOS NIVELES DE AUTO ESTEREOTIPOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.

El análisis de los auto estereotipos revela patrones interesantes en la percepción que la muestra tiene sobre su propio envejecimiento. En primer lugar, cinco ítems (4, 8, 9, 10 y 11) obtuvieron puntuaciones superiores al 60% en las categorías de estar en desacuerdo y muy en desacuerdo, indicando una clara resistencia de la muestra a aceptar estereotipos asociados con la salud mental, la pérdida de interés, la comparación con niños, la dependencia y la pérdida de capacidad para resolver problemas con la edad.

En el análisis de los auto-estereotipos en adultos mayores de Hualpén, se observa una resistencia significativa a aceptar estereotipos relacionados con la salud mental y la pérdida de capacidades (ítems 7, 13, 14 y 15).

Estos hallazgos encuentran respaldo en la literatura que sugiere que la cognición y el estado de ánimo positivo están intrínsecamente relacionados en esta población. Cotter et al. (2020) señalan que la capacidad de controlar cognitivamente las emociones negativas es crucial para la regulación funcional del estado de ánimo negativo en adultos mayores. En este sentido, la inclinación de la población a rechazar estereotipos asociados con el deterioro cognitivo (ítem 13) puede vincularse con la capacidad de algunos individuos para utilizar estrategias cognitivas que contrarresten la percepción negativa de este aspecto del envejecimiento.

El estudio también resalta la influencia de la cognición en el estado de ánimo positivo a través del efecto de positividad, donde los adultos mayores pueden emplear sus habilidades cognitivas para recordar y enfocarse en estímulos positivos en lugar de negativos. Este fenómeno podría explicar la resistencia a aceptar estereotipos sobre el deterioro cognitivo, ya que algunos participantes pueden utilizar estrategias cognitivas para mantener una visión más positiva de su propio envejecimiento (Cotter et al., 2020).

En relación con el ítem 13 sobre el deterioro cognitivo, la considerable heterogeneidad en las respuestas, indicada por una mayor desviación estándar, destaca la diversidad de opiniones dentro de la muestra en cuanto a la inevitabilidad de este aspecto del envejecimiento. La literatura previa sugiere que la cognición y la integridad de la materia gris pueden moderar la relación entre la edad y el estado de ánimo positivo en personas mayores (Cotter et al., 2020). Esta moderación podría estar influyendo en las respuestas variadas observadas en este ítem, destacando la importancia de considerar factores cognitivos y neurobiológicos al interpretar las percepciones sobre el deterioro cognitivo en el envejecimiento.

El ítem 3, que aborda la percepción de que las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias", concentra el mayor porcentaje en la categoría de estar de acuerdo (40.7%). Asimismo, el ítem 14, relacionado con el rendimiento laboral de las personas mayores, muestra una respuesta mayoritaria en la categoría muy de acuerdo (44.4%).

En términos de media, el ítem 4, que trata sobre la presencia de enfermedades mentales en personas mayores de 70 años, tiene la menor puntuación ($X=1.9\pm 0.87$), mientras que el ítem 15, que se refiere al estereotipo de "chochar", presenta la mayor media ($X=3\pm 0.99$).

En general tanto para los hetero-estereotipos como para los auto-estereotipos existen puntuaciones que tienden a ser negativas. Ahora bien, es interesante contrastar que la imagen negativa hacia los demás tuvo tendencia a la concentración en puntaje alto, mientras que para la imagen de sí mismo (auto-estereotipos) la concentración estuvo en moderado, esto indica que las personas tienden a diferenciarse de otras de su misma etapa, disminuyendo el edadismo autoinfligido. Sin embargo, debemos de apreciar que, en ambos tipos de discriminación por edad, existe creencias negativas sobre el carácter y personalidad, repitiéndose esta dimensión como aquella que categoriza negativamente tanto a las demás personas mayores como a si mismas y

asociando a este grupo etario con dificultades el procesamiento de información, facilidad para irritarse y con tendencia a adoptar actitudes infantiles.

Ahora bien, estos hallazgos son congruentes con lo expuesto por Levy (2009) quien indica que la construcción y las representaciones de la vejez existentes influyen y generan efectos en la autopercepción que las personas mayores tienen de sí mismas. Estos resultados ponen en evidencia la incidencia que pueden tener estas construcciones sociales, y que por lo tanto es necesario generar acciones que generen un cambio cultural, tanto desde las políticas como de la sociedad.

La existencia de estos edadismos autoinfligidos (auto-estereotipos) es interesante ya que genera la interrogante de conocer las trayectorias de estos edadismos, ver su existencia desde edades tempranas y su evolución en este grupo etario. Por otra parte, desde las políticas y acciones que buscan generar un cambio cultural, son significantes puesto que demanda desarrollar mecanismos que informen sobre las vejeces y envejecimientos, así como tener presente los factores socioculturales que pueden incidir y además de los intercambios entre diversas generaciones, esto con la finalidad de ver la heterogeneidad de características de las personas mayores.

VII.4 DE LOS NIVELES DE PREJUICIOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN

Respecto a las conclusiones sobre los prejuicios hacia la vejez y el envejecimiento. Los resultados revelaron que en general las personas tienden a tener sentimientos más positivos hacia etapa de vejez, con un puntaje promedio cercano a los 5 puntos y desviación 1,5 en la mayoría de los ítems.

Del total de adjetivos, resaltan como positivos los referentes a la dimensión de imagen interpersonal, la cual es la mejor valorada, seguida de la dimensión autoestima y luego autoconcepto. En general se siente a las personas mayores como seres responsables, agradables, amistosos, generosas, admirables, y eficientes. Resultados similares a los de Escobar y Zambrano, donde se reportó que el 98% de la población

encuestada manifestó actitudes positivas hacia la vejez. Por su parte al realizar un análisis del estudio con lo investigado por Villaroel (2017), vemos que el autor encontró valoraciones positivas hacia la vejez, tales como sentirse a gusto en esa etapa, ganar experiencia, sabiduría, sentirse activos y con vitalidad tanto en lo psicológico, social como laboral. Esto es coherente, también, con lo expuesto por Cervera y Schmidt (2022) quienes en su estudio descubrieron que las personas mayores asocian la vejez con sabiduría y experiencia.

De acuerdo con datos de Peña (2018) respecto a los núcleos periféricos y negativos de representaciones de esta etapa, generalmente se ve a las personas mayores como enfermas y deterioradas, situación similar en la investigación de Velasco Et al (2020) quienes indican en su estudio que una de las dimensiones más negativa se vinculan con aislamiento social y la autoestima. Al comparar estos datos con los nuestros podemos indicar que en los distintos estudios sigue la prevalencia valorar negativamente cualidades respecto de la salud, enfermedad, y carácter. Llama la atención la tendencia a valorar como enfermos a quienes se encuentran en la etapa de la vejez, así como también a indicar que son personas cansadas, poco flexibles y no valoradas.

Lo anterior, concuerda con lo reportado por Villaroel (2017), y Sarmiento (2015) quienes en sus estudios expone que, a nivel de personalidad, las personas comprenden la vejez como pérdida de flexibilidad en carácter, ser más rígidos y malhumoradas, así como también con fragilidad, pérdidas tanto físicas como psicológicas, dependencia, enfermedad, disminución de dignidad, tendencia al aislamiento social y bajo estado emocional, lo que corrobora la tendencia señalar esas áreas como las más negativas.

Es importante señalar que, si bien existe coincidencia y acuerdo por parte de diferentes grupos etarios sobre aspectos prejuiciosos, también la realidad social se transformado y manifiesta sentir a las personas mayores no solo como seres con sabiduría, experiencia, sino también activos y con vitalidad física, social y laboral.

Las preguntas abiertas que fueron aplicadas a la población mayor también contaban con un apartado relacionado con hacer una valoración respecto de la vejez, tal cual lo hace el prejuicio. Así, se pidió a las personas parte del estudio que compartieran una valoración positiva y otra negativa de la vejez.

Las respuestas que se recopilaron fueron muy diversas, encontrándose sin embargo un patrón relacionado con; en primer lugar, una visión positiva que se corresponde con valorar de buena manera el ser tranquilos, tener más tiempo para sí mismos, y el poder compartir con la familia. Por otro lado, lo que se valora de manera negativa, y que deja ver un correlato con las encuestas aplicadas, es que hay una gran prevalencia de enfermedades crónicas, temor a ser dependiente.

En conclusión, los resultados de la investigación dan cuenta de que la sociedad y también las personas mayores sienten la vejez de forma positiva, donde resaltan como aspectos más positivos, atributos y cualidades como la responsabilidad, la sabiduría, la experiencia y generosidad. Ahora bien, existe la tendencia en los distintos estudios de valorar la vejez con carencias y declive de funcionalidades físicas, biológicas, psicológicas, lo que genera, tal como expone la teoría de las representaciones sociales, una imagen homogénea y sesgada de las características y potencialidades de las personas mayores, conceptualizando y reconstruyendo una visión simplificada que puede impactar en la calidad de vida, el bienestar físico y emocional de las personas mayores. El exponer que se generan sentimientos positivos sobre la vejez, conlleva el seguir fortaleciendo esas y otras características, junto con ir visualizando el enorme potencial que existe en cada una de la persona mayor y con ello ir reduciendo las acciones que generan discriminación por edad, dificultan el ejercicio de derechos, inciden en la calidad de vida y bienestar subjetivo y no permiten valorar ni aprovechar los aportes que tienen quienes pertenecen a la etapa de vejez. En lo relativo a la existencia de prejuicios negativos, se debe orientar la acción de los diferentes actores involucrados, tal como expone Sánchez y Lazo (2021) y Escutar y Zambrano (2021), de manera de visualizar las prácticas impregnadas de prejuicios, y modificar las acciones y creencias relacionadas con ellos.

VII.5 DE LAS RELACIONES ENTRE AUTO-ESTEREOTIPOS DE VEJEZ Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE LA COMUNA DE HUALPÉN

Los resultados de la presente investigación indican que no existen diferencias respecto a la manifestación y creencias de ideas estereotipadas y negativas de sí mismo en el género femenino y masculino. Ambos presentan niveles moderados y altos de auto-estereotipos, lo que se traduce que las representaciones negativas de la vejez afectan a ambos. Estos datos discrepan de los expuestos por Escuntar y Zambrano (2021), donde sobre el 70% de quienes presentaban estereotipos fueron mujeres, y también lo expuesto por Prieto et al. (2020), donde se indica que las mujeres son quienes presentan mayores niveles de actitudes negativas hacia la vejez. No obstante, al generar una correlación entre las dimensiones de los auto-estereotipos, según variables sociodemográficas, se evidencia que existe una correlación baja pero significativa ($Rho=,396$; $Sig=,003$) entre el género y la dimensión *carácter-personalidad*.

Según con los niveles educacionales, la autoimagen negativa de vejez tiende a concentrarse en moderados y alto auto-estereotipos. No obstante, existe una relación significativa e inversamente proporcional entre ambas variables ($Rho=-,272$; $Sig=,047$), lo que indica que a medida que aumenta el nivel educacional, disminuyen los niveles de autoimagen negativa. Esto resulta significativo, puesto que permite relevar la importancia de la educación como factor que puede reducir los estigmas y cualificaciones negativas que se tengan sobre las personas mayores. Por tanto, sería una de las acciones que se puede fortalecer en el curso de vida de las personas, generando oportunidades de acceso y permanencia en los sistemas educativos, así como también desarrollar estrategias de formación específica sobre vejez y envejecimiento, para comprender de forma certera qué conlleva cada uno de ellos y contribuir a generar un cambio cultural como propone la Década de Envejecimiento Saludable (2021-2030) y la Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012-2025).

Independiente del nivel de ingresos existe la tendencia a manifestar auto-estereotipos moderados y altos. Sin embargo, en cuanto a los hetero-estereotipos y su

relación con ingresos económicos, si bien no existe una relación significativa en la escala global, si lo hay en su dimensión salud, lo cual indica una correlación baja, significativa ($Rho=-,0269$; $Sig=,049$), lo que se traduce que, al disminuir los ingresos económicos, aumenta la imagen negativa de la vejez de otras personas en el aspecto de salud.

Al hacer un énfasis de la edad como factor que incide en los niveles de auto-estereotipos, en los diferentes rangos etarios se sigue la tendencia a manifestar presencia moderada y alta de ellos. Esto se contrapone con los datos de Velasco et al. (2020), quien encontró que existían asociaciones entre los altos niveles de estereotipos, prejuicios y actitudes negativas y tener más de 75 años.

En general se puede apreciar que estas representaciones y auto-representaciones negativas de la vejez, son compartidas en la sociedad indiferentemente de los factores sociodemográficos que presentan las personas encuestadas. Por ende, la vejez entendida como una construcción social se ve estereotipada y sesgada, generando un impacto negativo en la autopercepción, generando que perciban y se perciban como disminuidos respecto a otros grupos etarios.

En resumen, los auto y hetero-estereotipos, en la población estudiada, actúan de forma independiente de variables sociodemográficas. Ello se asocia con la teoría de las representaciones sociales que exponen los sujetos aprehenden la realidad y las características de un fenómeno (en este caso la vejez) a partir de información y conocimientos recibidos y transmitidos socialmente que generan categorías y clasificaciones que pueden expresarse en actitudes y estereotipos. Haciendo de esto un fenómeno global, y reafirmado por la OMS que indica que la mitad del mundo es edadista.

No obstante, si bien todas estas variables no generan impacto significativo en las representaciones de la vejez, deben de fortalecerse en su conjunto, puesto son mecanismo que contribuyen a la calidad de vida y bienestar subjetivo de las personas.

VII.6 DE LA RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LOS NIVELES DE LOS AUTO ESTEREOTIPOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA COMUNA DE HUALPÉN.

La intersección entre auto-estereotipos y conductas de autocuidado en personas mayores revela un panorama complejo. Aunque se ha encontrado una asociación significativa entre los auto-estereotipos y la actividad física, así como los síntomas depresivos, es crucial abordar las limitaciones de este estudio. La dirección de la relación causa-efecto no puede determinarse con certeza, y otros factores pueden influir en las conductas de autocuidado. Investigaciones futuras podrían beneficiarse de un enfoque longitudinal para esclarecer las dinámicas temporales de estos vínculos.

A pesar de no encontrarse una relación significativa entre el empoderamiento en salud y los auto-estereotipos, es notable la concentración de alta eficacia en todos los niveles de auto-estereotipos. Estos hallazgos sugieren que, a pesar de las percepciones negativas de la vejez, las personas mayores mantienen un sentido de control sobre su salud. Sin embargo, sería beneficioso examinar más a fondo cómo la autoimagen influye en la toma de decisiones relacionadas con la salud y cómo estas percepciones pueden ser aprovechadas para fomentar conductas saludables.

Los hallazgos de nuestro estudio encuentran resonancia en las teorías de Levy, particularmente en su Teoría de Encarnación del Estereotipo (SET). Según Levy (1996), las personas mayores expuestas a estereotipos positivos sobre el envejecimiento exhiben un mejor rendimiento en pruebas de memoria y autoestima en comparación con aquellos expuestos a estereotipos negativos. Esta observación respalda nuestra identificación de una correlación significativa entre auto-estereotipos y conductas de autocuidado, específicamente en las áreas de actividad física y síntomas depresivos.

Además, el estudio longitudinal de Levy et al. (2002) refuerza la importancia de las percepciones positivas del envejecimiento. La tasa de mortalidad significativamente más baja entre aquellos con percepciones más positivas resalta la influencia potencial de la autoimagen en la salud general y la longevidad. Este hallazgo complementa

nuestras observaciones sobre la conexión entre auto-estereotipos y síntomas depresivos, subrayando la relevancia de abordar las percepciones negativas de la vejez para mejorar el bienestar global de las personas mayores.

La Teoría de Encarnación del Estereotipo sugiere que las personas internalizan los estereotipos y que estos estereotipos afectan directamente su comportamiento y resultados de salud. A la luz de esto, los resultados de nuestro estudio respaldan la noción de que las autoimágenes negativas de la vejez pueden traducirse en conductas de autocuidado menos saludables.

Adicionalmente, la idea de las "profecías autocumplidas", discutida por Doncel (2020), se alinea con nuestros hallazgos sobre la asociación entre auto-estereotipos y conductas de autocuidado. La creencia en estereotipos negativos puede influir en la adopción de comportamientos menos saludables, como se refleja en la relación identificada entre auto-estereotipos y síntomas depresivos en nuestra muestra.

La hipótesis 1 indica que “La presencia altos niveles de auto estereotipos disminuye el autocuidado de las personas mayores”, solo en dos variables de autocuidado en actividad física y síntomas depresión, se evidencio una correlación baja pero significativa e inversa, lo cual hace que esta hipótesis se cumpla parcialmente, solo en las dos variables anteriormente mencionadas.

Y por último en la hipótesis 2 “Existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de estereotipos de vejez y los niveles de educación e ingresos económicos”, al hacer el análisis en las variables de niveles de educación e ingresos la asociación entre los estereotipos globales no es significativa.

VIII. CONCLUSIÓN O REFLEXIÓN GENERAL

Los resultados obtenidos en este estudio ofrecen una visión detallada y compleja de los estereotipos, auto-estereotipos y prejuicios hacia la vejez en la población mayor de Hualpén participante del estudio. Se destaca en primer lugar la

diversidad en las respuestas, subrayando que las percepciones sobre el envejecimiento son influenciadas por factores como la edad, el género, el estado civil y otros aspectos sociodemográficos.

En relación con los estereotipos, se identificaron patrones significativos en la percepción de la de personas mayores, siendo la dimensión de la salud una de las áreas críticas. Se evidencia una creencia arraigada en el deterioro cognitivo como algo inevitable en la vejez, lo que coincide con la literatura, así se destaca el cómo los estereotipos negativos están vinculados a la idea de que los problemas de salud son una consecuencia inevitable del envejecimiento.

Los auto-estereotipos por otro lado revelan cierto grado de resistencia a ser tan aceptados de manera consciente en la muestra, esto sobre todo en relación con aceptar estereotipos negativos sobre aspectos como la salud mental, la pérdida de interés y la dependencia. Sin embargo, también se observan áreas donde la población se autorretrata en concordancia con estereotipos, como la percepción de irritabilidad y rigidez en la personalidad.

Es crucial reconocer la complejidad del fenómeno de los estereotipos mayores y los menores auto-estereotipos. La conexión intrínseca entre estereotipos y autopercepción destaca la importancia de fomentar una autoimagen positiva en las personas mayores, reconociendo que estas percepciones influyen directamente en su comportamiento y bienestar general.

En cuanto a los prejuicios, se observa que, en general, la población mantiene sentimientos positivos hacia la vejez. Aunque predominan percepciones de las personas mayores como agradables, amistosas, satisfechas y responsables, persisten algunos prejuicios, especialmente en la percepción de la incompetencia o eficiencia. Esto sugiere que ciertos estereotipos negativos persisten en cierta parte de las personas mayores de Hualpén.

La investigación además resalta dos áreas críticas tanto en auto como hetero-estereotipos: la cognición y la salud, lo cual también se encuentra en total concordancia

con la literatura revisada. Estos aspectos subrayan la necesidad de intervenciones específicas, ya que el impacto de los estereotipos en el autocuidado y el bienestar es evidente. Las "profecías autocumplidas" emergen como una consideración clave, enfatizando que las percepciones negativas de la vejez pueden traducirse en comportamientos menos saludables.

Además, es esencial reconocer que la influencia de estos estereotipos y auto-estereotipos se extiende más allá de las esferas individuales, permeando la salud y el bienestar colectivos de la población mayor. La comprensión de estas dinámicas es esencial, no solo para los profesionales de la salud y los responsables de políticas, sino también para la sociedad en general. Desafiar los estereotipos negativos podría contribuir significativamente a un envejecimiento más saludable y positivo. Este estudio destaca áreas críticas para la intervención y proporciona una base sólida para futuras investigaciones y acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población mayor.

IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio, aunque revelador, tiene limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. La naturaleza transversal de los datos impide establecer relaciones causales definitivas entre auto-estereotipos y conductas de autocuidado. Aunque hemos identificado asociaciones significativas, es crucial reconocer que no podemos afirmar con certeza la dirección causal de estas relaciones. Además, la generalización de nuestros hallazgos podría verse comprometida debido a la especificidad de la muestra, que, aunque representativa de la población local, podría no reflejar otras comunidades con diferentes características sociodemográficas.

Durante el desarrollo de esta investigación, enfrentamos dos limitaciones notables. La primera se relaciona con el tamaño de la muestra, que consistió en 54 personas encuestadas. Este número, aunque representativo de nuestra población local, podría limitar la generalización de los resultados. La segunda limitación surgió de la

desigualdad en el tamaño de muestra entre mujeres (41) y hombres (13), generando desafíos al realizar pruebas de correlación y, en algunos casos, resultando en correlaciones mínimas o nulas.

La necesidad de investigaciones más exhaustivas se destaca como una conclusión lógica. Enfocar futuros estudios con diseños longitudinales y experimentales permitiría una exploración más profunda de las relaciones causales identificadas. Además, la consideración de variables culturales y contextuales específicas podría mejorar nuestra comprensión de cómo las percepciones de la vejez influyen en el autocuidado en diversas poblaciones de personas mayores.

Además, se identifica la necesidad de investigar más a fondo la relación entre el empoderamiento en salud y los auto-estereotipos. Enfocarse en elementos culturales y contextuales podría proporcionar una visión más completa y matizada de esta conexión. Estudios transculturales podrían revelar patrones y variaciones adicionales que nuestro análisis localizado no captura. Es necesario también, para poder tener una visión más integradora del panorama, el incluir dentro de las variables a estudiar, otras variables complementarias, relacionadas la calidad de vida, como son la participación, relaciones sociales, calidad del entorno, entre otras.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, N., Castro, J., Mora, F., & Plaza, P. (2017). Estereotipos de la vejez en estudiantes de ingeniería comercial, trabajo social y enfermería de la Universidad del Bío Bío [Tesis Licenciatura, Universidad del Bío-Bío]. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2661/1/Acu%C3%B1a%20Cadena%2C%20Nicole%20Anette.pdf>
- Aguirre, R. y Scavino, S. (2018). Vejez de las mujeres: desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay. https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=91293
- Albala, C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.12.001>
- Alvarado, M., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Américas, U. d. (Ed.). (2014). Bienestar psicológico en adultos mayores ecuatorianos: Una propuesta de intervención desde la psicología positiva. *Revista Científica de la UCSA*, 1(1), 56.
- Aparicio, C. (2013). Educación y envejecimiento activo. Una experiencia comunitaria. https://envejeceractivos.com/contenidosenactivos/uploads/2015/06/tesis_concha_aparicio.pdf
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Pablo Ibararán, D. O., Torres, E. (2022). Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. <http://dx.doi.org/10.18235/0004287>
- Arias, F. (2014). La imagen social del Mayor: Una Comparación entre Alumnos Universitarios Jóvenes y Mayores de Castilla-La Mancha. [Tesis Doctoral, Castilla-La Mancha]. <http://hdl.handle.net/10578/4039>
- Arnold, M., Herrera, F., Massad, C. y Thumala, D., (2021). Sexta Encuesta Nacional Inclusión y Exclusión espacial de las Personas Mayores: cómo se observa la población el envejecimiento en Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor. https://www.senama.gob.cl/storage/docs/SEXTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_INCLUSION_Y_EXCLUSION_SOCIAL_DE_LAS_PM2021.pdf

- Araya, S. (2002). Representaciones Sociales. Ejes teóricos para su Discusión. Cuadernos de Ciencias Sociales 127. Flacso. <https://www.flacso.ac.cr/es/publicaciones/cuadernos-flacso/198-127-las-representaciones-sociales-ejes-teoricos-para-su-discusion>
- Barría, C., Castañeda, P., López, J. & Villablanca, C. (2020) *¿Qué piensan los adultos mayores acerca de su envejecimiento?* (Chile). [Tesis para optar al grado Académico de Licenciada en Educación]. chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://repositorio.umayor.cl/xmlui/bitstream/handle/sibum/8723/PED-2020.%20Barr%c3%ada%20-%20Casta%c3%b1eda%20-%20L%c3%b3pez%20-%20Villablanca_SAG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Botero, E. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12, pp 11–24. Recuperado a partir de <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/artic le/view/1944>
- Butler, R. 1969. *Age-Ism: Another Form of Bigotry*, *The Gerontologist*, Volume 9, Issue 4_Part_1, Winter 1969, Pages 243–246, <https://doi.org/10.1093/geront/9.4 Part 1.243>
- Campos-García A, et al. (2018) Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Rev. Esp. Geriatria Gerontol.* <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>
- Calvo, E (2013) Envejecimiento Positivo. <https://www.researchgate.net/publication/268208399 ENVEJECIMIENTO POSITIVO>
- Cantú, P. (2020). Bienestar y Salud Social. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León. <https://www.researchgate.net/publication/344067185 LIBRO BIENESTAR Y SALUD SOCIAL>
- CENIE (2021). *¿Por qué tenemos tantos prejuicios sobre la vejez?* <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/por-que-tenemos-tantos-prejuicios-sobre-la-vejez>
- CEPAL, (2004). Estrategia Regional para su implementación en América Latina y el Caribe del plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2786/S2004002_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CEPAL, (2007). Declaración de Brasilia. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21505/S2007591_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CEPAL, (2012). Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. (2012). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21534/1/S2012896_es.pdf

Cervera, D. M. B., & Schmidt, M. L. G. (2022). Impactos psicológicos do ageismo em idosos e estratégias para prevenção: estudo de revisão. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, e4349. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.2022.e4349>

Chandia, J., Muñoz, C., Orellana, A. & Robiano, G., (2016). Estereotipos Negativos de la Vejez en Escolares de 5° a 8° Básico de los Liceos Nibaldo Sepúlveda F. y Nuestra Sr.a del Carmen, Portezuelo 2016. [Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Universidad del Bio bio.] <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2626/1/Chand%C3%ADa%20Bustos%2C%20Jocelyn.pdf>

Cotter, D. L., Walters, S. M., Fonseca, C., Wolf, A., Cobigo, Y., Fox, E. C., You, M. Y., Altendahl, M., Djukic, N., Staffaroni, A. M., Elahi, F. M., Kramer, J. H., Casaletto, K. B., & Hillblom Aging Network (2020). Aging and Positive Mood: Longitudinal Neurobiological and Cognitive Correlates. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(9), 946–956. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.002>

Clavijo, M., Yévenes, F., Gallardo, I., Contreras, A., & Santos, C. (2020). Escala de autoeficacia general: reevaluación de su evidencia de confiabilidad y validez en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(10), 1452-1460. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001452>

Diario Constitucional (2023). Boletín 13.822-07, Proyecto de ley, iniciado en mensaje de S.E. el presidente de la República, para promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores, y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor. <https://www.diarioconstitucional.cl/wp-content/uploads/2023/05/archivo-4.pdf>

- De Miguel, A y Castellanos, C. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejitas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 2012, pp. 69-83, Universidad de Almería. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023335010>
- Doncel (2020). Consideración integral del edadismo. Análisis de la relación entre estereotipos negativos del envejecimiento y las distintas dimensiones que conforman las personas mayores en dos contextos sociales distintos. [Tesis de grado, [Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea](https://addi.ehu.es/handle/10810/50608)]. <https://addi.ehu.es/handle/10810/50608>
- Dulcey, E., Arrubla, D. J. y Sanabria, P. (2013). Envejecimiento y vejez en Colombia: estudio a profundidad. Bogotá: Profamilia. <https://www.researchgate.net/publication/272087925> [Envejecimiento y vejez en Colombia Estudio a profundidad](https://www.researchgate.net/publication/272087925)
- Dulcey, E., Uribe, C. (2002) Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, núm. 1-2, 2002, pp. 17-27 <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Escuntar, J. y Zambrano, R. (2021). Estereotipos Negativos y Actitudes Negativas Hacia la Vejez en Estudiantes de Psicología de una Universidad del DMQ. [Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad Politécnica Salesiana]
- Espada, J., González, M., Orgilés, M., Carballo, J. , y Piqueras, J. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 355-370.
- Espinoza (2016). Bienestar psicológico y autoeficacia percibida en adolescentes institucionalizados por situación de abandono. [Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología con mención en Psicología clínica que presenta el bachiller, Universidad Católica del Perú]: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7167/E_SPINOZA_PAREDES_VICTOR_BIENESTAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- EUPATI. Salud Física (2020). Toolbox. <https://toolbox.eupati.eu/glossary/salud-fisica/?lang=es>
- Faramiñan, J. (2022). La andragogía: un límite al edadismo (la Generación Siglos 20/21 un modelo de referencia). *Revista Centra de Ciencias Sociales*, 1 (2), 79-96

- Faréz, C. (2016). Percepción de los jóvenes universitarios sobre la vejez. Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23404/1/Tesis.pdf&ved=2ahUKEwicnraEzJf4AhVHA7kGHZiWBj4QFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw0PR_WffPmbVWOaAOlg665v
- Fernández Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable, *Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>
- Fernández Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. Encuentros Multidisciplinares, 16, 17-28. <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistanº16/Rocío%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Fernández, E., Padilla, P., Monardes, H., & Díaz, C. (2017). Actitud hacia el adulto mayor en estudiantes del pregrado de la Facultad de odontología Universidad San Sebastián, Santiago. Revista Estomatológica Herediana, 27(1), 21-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421551878004>
- García, R. (2022). *Edadismo en personas mayores. Consecuencias en el envejecimiento activo*. [Tesis para optar al grado de Psicólogo, Universidad Pontificia Comillas]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/61188/TFG%20Garcia%20Sanchez%2c%20Rodrigo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gracia, V. R. (2020). *Cuestiones acerca del empoderamiento en salud: Pacientes empoderados/as - PyDeSalud*. PyDeSalud. <https://pydesalud.com/cuestiones-acerca-del-empoderamiento-en-salud-pacientes-empoderados-as/#:~:text=En%20el%20%C3%A1mbito%20sanitario%2C%20el,afectan%20a%20su%20propia%20salud.>
- Gobierno de Chile. (2002) Política nacional para el adulto mayor. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/polnac_chile_0.pdf
- Gómez, J., Jurado, M., Viana, B., Edir Da Silva, M., & Hernández, A (2005). Estilos y calidad de vida. Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital, 10(90). Internet: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
- Gómez, T. (2003). Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura. [Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gomez-heteroestereotipos-01.pdf>

- Gutiérrez (2016). Autocuidado y Autoeficacia percibida en personas que ha rehabilitación cardiaca. [Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado para la salud cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, Colombia, Bogotá]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/59801/ASOCIACION%20ENTRE%20AGENCIA%20DE%20AUTOCUIDADO%20Y%20AUTOEFICACIA%20PERCIBIDA%20EN%20PERSONAS%20QUE%20ASISTEN%20A%20REHABILITACION%20CARDIACA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Huenchuán, S. & Rodríguez, L. (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3803-envejecimiento-derechos-humanos-situacion-perspectivas-proteccion>
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2017). Censos de Población y Vivienda. Obtenido de <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE], (2022): Envejecimiento en Chile: *Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población*. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf?sfvrsn=fa394551_2
- Latrofa, M., Vaes, J., Cadinu, M., y Carnaghi, A. (2010). The Cognitive Representation of Self-Stereotyping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(7), 911–922. <https://doi.org/10.1177/0146167210373907>
- Lasagni,V., Bernal, R., Tuzzo,M., Rodriguez,M., Heredia,D., Muñoz,L., Palermo,N., Torrealba,L., Crespo,E., Gavira,G., Palacios, M.,Villaroel,C., Fahmy,W., Charamelo,A & Diaz,P. (2013). Estereotipos negativos hacia la vejez en personas mayores de Latinoamerica. *Revista Kairós Gerontologia*,16(4), pp.09-23. <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/19627>
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092–1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1092>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>

- Levy, B.R. (2003) Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Limon, M., Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de psicología y educación*. 2011, 6, (1) p. 225-238. <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
- Lopez, L., Romero, S., Parra, D., & Rojas, L. (2016). *Adherencia al tratamiento y medición*. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21 (1), , pp. 117-13. <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309146733010.pdf>
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, Nº 14. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- Lorente, R., Brotons, P. y Sitges, E. (2020). *Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional?* Cuaderno de Pedagogía Universitaria, Vol. 17, n.º 33, enero-junio, pp. 6-16
- Manyari, N. (2016). Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de adulto mayor (Cam) de Lima. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7313>
- Martínez De La Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*, 220-230. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003
- Martínez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. Esperanza de vida, esperanza de vida saludable y carga de enfermedad en personas mayores en la Región de las Américas desde 1990 hasta el 2019: estudio poblacional. *Rev. Panam Salud Publica*. 2021;45:e114. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.114>

- Martínez Pérez, T. J., Fuentes Suárez, I., Torres Zerquera, L. C., González Aragón, M. C., & Martínez Sosa, J. B. (2022). "El Edadismo. Una mira desde la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de Cienfuegos". *Revista Conrado*, 18(86), 48-55.
- Ministerio de Salud de Chile (2022) Guías alimentarias para Chile <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/preview.pdf>
- Mora, M. (2022). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, p 1- 25: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Naciones Unidas (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Nguyen, T., La Caze, A., & Cottrell, N. (2013). What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, National Library of Medicine. <https://doi.org/10.1111/bcp.12194>
- Observatorio Envejecimiento (2021). Edadismo: Imagen social de la vejez y discriminación por edad. <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/edadismo-imagen-social-de-la-vejez-y-discriminacion-por-edad-2/>
- Ocampo, J., y Londoño, I. (2007). *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 21(3), 1076.
- Olmos, V. (2019). Imagen y estereotipos en las Personas Mayores: Causas y efectos. [Tesis de Grado, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.] <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/239038/retrieve>
- ONU (1982). Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 26 de julio a 6 de agosto de 1982, Viena. <https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982>
- Organización de las Naciones Unidas. (2021). Consejo de Derechos Humanos 48º periodo de sesiones. Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/215/66/PDF/G2121566.pdf?OpenElement>
- Organización de la Naciones Unida (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores*.

<https://mexico.un.org/es/212598-envejecimiento-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-inclusi%C3%B3n-y-derechos-de-las-personas-mayores#:~:text=Confirma%20que%20el%20envejecimiento%20poblacional,16%2C5%25%20en%202030>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>

Organización Mundial de la Salud (2002) Envejecimiento activo: un marco político https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado en octubre 20 de 2023 desde <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>

Organización mundial de la salud. (2021) Década del envejecimiento saludable. [https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthyageing#:~:text=La%20D%C3%A9cada%20del%20Envejecimiento%20Saludable%20\(2021%2D2030\)%20ofrece%20la,concertada%2C%20catalizadora%20y%20de%20colaboraci%C3%B3n](https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthyageing#:~:text=La%20D%C3%A9cada%20del%20Envejecimiento%20Saludable%20(2021%2D2030)%20ofrece%20la,concertada%2C%20catalizadora%20y%20de%20colaboraci%C3%B3n)

OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. (2021) Las cuatro áreas de acción de la década. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030/cuatro-areas-accion-decada>

Organización Mundial de la Salud (2022). Envejecimiento y salud. [www.who.int. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). El edadismo es un problema mundial. WHO. <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2022). Informe mundial del edadismo. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275324455>

Osorio, P., Torrejón, M., Anigstein, M. (2011). Calidad de Vida en Personas Mayores en Chile. Revista Mad-Universidad de Chile, 24, pp. 91-75. <https://revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/13531/13798>

Organización mundial de la salud. (2002) Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 8 a 12 de abril de 2002, Madrid. <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002>.

- Organización Mundial de la Salud. (2005). Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución: informe de la Secretaría. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_19-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Envejecimiento saludable. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Ortigoza A., & Canova, C. (2023). *Estilos de vida de estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina*. Revista Finlay. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/125>
- Peña, S. (2018). Representaciones Sociales Sobre Vejez en Adultos Mayores. [Tesis de grado para optar al grado de licenciatura en Psicología, Universidad Siglo XXI]. <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/16161/PE%C3%91A%20SABRINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peñaranda, C. (2018). *Representación Social de la vejez de los adultos mayores y su relación con la elección de las actividades que ofrece el Movimiento de Jubilados y Pensionados "Salta"*. [Tesis de grado en Psicología, Universidad Católica de Salta]. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/RIUCASAL_532f0fe9e74bc3af3c15cc09af50191b
- Perera, M. (2003). A Propósito de las Representaciones Sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. CLASCO. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/5598>
- Perdue, C. W., y Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26(3), 199-216. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002210319090035K>
- Pontificia Universidad Católica de Chile & Caja los Andes (2019). [Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019.CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019.CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf)
- Prieto, P., Sánchez, A., Urchagua, J., Wobbeking, M., Lopez, A. (2020). Actitudes negativas hacia la vejez: un estudio comparativo entre México y España. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 101-110. <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/download/179/114/>

- Queirolo, S., Barboza, M., y Ventura, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*, 19(4), 259–288. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>
- RAE. (s,f) Definición de edad. <https://dle.rae.es/edad>
- RAE.(s,f). Definición de género. <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero>
- RAE.(s,f). Definición de estado civil. <https://dle.rae.es/estado?m=form#7uGqJBt>
- RAE. (s,f) Definición de lugar de residencia. <https://dle.rae.es/residencia>
- RAE. (s,f) Definición de ingresos. <https://dle.rae.es/ingreso>
- RAE.(s,f) Definición de empleo. <https://dle.rae.es/empleo>
- RAE. (s,f) Definición de escolaridad. <https://dle.rae.es/escolaridad>
- RAE. (s,f) Definición de ocupación. <https://dle.rae.es/ocupaci%C3%B3n>
- Ramos, L. (2021). La relación entre los Valores de la Sociedad Actual y las Respuestas Residenciales para las Personas Adultos Mayores. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49476/TFG-G5127.pdf;jsessionid=C362FD5C2984713DB25D8039685BF8C3?sequence=1>
- Ramos, A., Yordi, M., Miranda, M. (2016). El Envejecimiento Activo_ Importancia de su Promoción para Sociedades Envejecidas. *Revista AMC*, 20 (8), 330-337. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-
- Rita, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C., & Zuddas, C. (2014). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Rae. (s. f.). *Religión | Diccionario de la Lengua Española (2001)*. «Diccionario esencial de la lengua española». <https://www.rae.es/drae2001/religi%C3%B3n>
- Sanabria, M. (2016). Calidad de Vida e Instrumentos de Medición. [Tesis para optar al grado de Trabajo Social, Universidad de Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>
- Sánchez, H. y Lazo, M. (2021) Estereotipos negativos sobre vejez y el bienestar psicológico del adulto mayor. *Revista Sinapsis*. (2), 20. <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/503/1058>

Sánchez, C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. [Tesis Doctoral, Universidad de Málaga]. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2667>

Salazar, S. & Sihuin, S. (2021). Autoeficacia y ansiedad en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una Universidad Privada de Lima Norte – 2020.[Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología, Universidad Privada del Norte, Perú, Lima]

<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/29835/Salazar%20Quispe%2C%20Stephani%20Alexandra%20-%20Sihuin%20Diaz%2C%20Silvana%20Edith.pdf?sequence=1>

Sarmiento, E. (2015). Influencia de los Auto-estereotipos y Auto-estereotipos de la Vejez de los Adultos Mayores sobre la Eficacia de un Programa de Envejecimiento Saludable para la Prevención y Control de la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus. [Tesis para optar al grado de Maestría en trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México]. https://repositorio.unam.mx/contenidos/influencia-de-los-auto-prejuicios-y-auto-estereotipos-de-la-vejez-de-los-adultos-mayores-sobre-la-eficacia-de-un-program-61972?c=B1nMgO&d=false&q=*&i=9&v=1&t=search_0&as=0

SENAMA (2009). Las Personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. <https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Las-personas-mayores-de-chile-situacion-avances-desafios-del-envejecimiento-y-vejez-2009.pdf>

SENAMA, (2012) Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025. [Archivo PDF]. <https://extranet.who.int/mindbank/item/5123> S

Serrani Azcurra, D (2014) Escala de empoderamiento sobre la salud para Adultos Mayores.<https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/download/1518/2576?inline=1>

SENAMA. (2018). Envejecimiento positivo.

https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf

SENAMA (s.f). *Glosario gerontológico*.

www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf

SENAMA. El ministerio de desarrollo social y familia. Vicerrectoría de investigación y desarrollo universidad de chile. Unidades de redes interdisciplinarias. Red

- interdisciplinaria sobre envejecimiento (2021).Guía Práctica salud mental y bienestar en las personas mayores. <https://bit.ly/3mSkpHY>
- SENAMA (2020) Más de 6 millones de habitantes en Chile serán mayores de cara al 2050. <https://www.senama.gob.cl/noticias/mas-de-6-millones-de-habitantes-en-chile-seran-personas-mayores-de-cara-al-2050>
- SENAMA (2022) Escuela de formación para dirigentes mayores. <http://www.senama.gob.cl/escuela-formacion-dirigentes>
- SENAMA (2022) Programa buen trato al adulto mayor. <https://www.senama.gob.cl/programa-buen-trato-al-adulto-mayor>
- SENAMA (2022) Programa vínculos. <https://www.senama.gob.cl/vinculos>
- SENAMA (2022) Programa Envejecimiento Activo. <https://www.senama.gob.cl/envejecimiento-activo>
- SENAMA. (s,f) Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor. <https://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia>
- SENAMA. (s,f). Condominios y Vivienda Tuteladas. <https://www.senama.gob.cl/condominios-de-viviendas-tuteladas>
- SENAMA. (s,f). Fondo subsidio establecimientos de larga estadía para adultos Mayores. <https://www.senama.gob.cl/fondo-eleam>
- SENAMA. (s,f). Establecimientos de larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). <https://www.senama.gob.cl/vivienda>
- SENAMA. (s,f). Cuidados Domiciliarios. <https://www.senama.gob.cl/cuidados-domiciliarios>
- Snyder, M., & Miene, P. K. (1994). Stereotyping of the elderly: A functional approach. *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 63–82. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01011.x>
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., y Drury, L. (2020) *Social Issues and Policy Review*, Vol. 11, No. 1, 2017, pp. 195-231 <https://core.ac.uk/download/pdf/77067146.pdf>

- Vergara, M. (2007). La naturaleza de las Representaciones Sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6 (1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2008000100003
- Velasco, V., Suárez, G., Limones, M., Reyes, H., & Delgado, V. (2020). Creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento. *European Journal of Health Research*, 6(1), 85–96. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.20>
- Villaroel, M. (2017). Auto-percepción de las Personas Mayores sobre Discriminación por Edad. [Tesis de Magister, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/181158/Tesis%20Magister%20Envejecimiento%20Villarroel%20Cruz%202017%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villanueva, C. (2021). Estilos de vida en los estudiantes de Enfermería de la Universidad San Pedro - Chimbote, 2018. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, Universidad de San Pedro, Perú, Chimbote]. http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/20.500.129076/19826/Tesis_67507.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Volpi Suarez, M. (2022). ANÁLISIS DE LAS DEFINICIONES DE EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE Y LA IMPORTANCIA DE ESTE EN LA SALUD DIGITAL. <https://recainsa.org/analisis-de-las-definiciones-de-empoderamiento-del-paciente-y-la-importancia-de-este-en-la-salud-digital/>
- World Health Organization: WHO. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ANEXOS

Anexo 1: Programas para las personas mayores en SENAMA

a. Escuela de Formación para Dirigentes Mayores:

Consiste en ofrecer espacios de participación y formación a personas mayores integrantes de organizaciones que no cuentan con toda la información sobre políticas y oferta pública dirigida a ellos. El propósito es que puedan conocer y hacer valer sus derechos a través de jornadas con metodologías participativas, diálogos e intercambio de experiencias. Con este programa, SENAMA implementa en parte la Ley de Participación N°20.500 y cuenta con las siguientes líneas de trabajo:

Jornadas participativas territoriales: son instancias masivas de información, participación e intercambio de experiencias. Se realizan en todas las provincias del país al menos dos veces al año (está destinado para los dirigentes y demás integrantes de clubes, uniones comunales de clubes y otras organizaciones de personas mayores) (SENAMA, 2022).

Actividades de los Consejos Asesores Regionales de Mayores: en cada región existe un Consejo, formado por dirigentes mayores y elegidos por sus pares democráticamente. Los Consejos trabajan en alianza con SENAMA, se vinculan con las organizaciones de mayores, y aportan al Servicio información sobre las necesidades y propuestas de las personas mayores (SENAMA, 2022).

b. Programa Buen Trato al Adulto Mayor:

Se basa en acciones para prevenir el maltrato, promover los derechos y el buen trato a las personas mayores, mediante instancias de capacitación, sensibilización y/o articulación intersectorial y territorial. Complementariamente, desarrolla asesoría, gestión y coordinación de casos y consultas de maltrato que afecten a las personas mayores, especialmente en violencia intrafamiliar, que ingresan a SENAMA por cualquiera de los canales disponibles de atención a la ciudadanía, como Fono Mayor,

Atención Presencial y Digital. Ante un caso de maltrato se aborda en activación y coordinación con los dispositivos y actores locales como Municipalidades, CESFAM, Consultorios, SERNAMEG, Programa de Apoyo Víctimas de Delitos Violentos, entre otros, desde una mirada psico-socio-jurídica (SENAMA, 2022).

c. Programa Vínculos:

En acompañamiento continuo para las personas mayores de 65 años que ingresan al nuevo Subsistema de Seguridades y Oportunidades, entregándoles herramientas psicosociales que permitan fortalecer su identidad, autonomía y sentido de pertenencia. El apoyo psicosocial es individual y grupal; el acompañamiento es directo y personalizado en el lugar donde habitan las personas mayores. El programa promueve el proceso de vinculación de las personas mayores al entorno y entrega bonos de protección y prestaciones monetarias (SENAMA, 2022).

d. Programa Envejecimiento Activo:

El Programa busca contribuir al envejecimiento activo de personas mayores en situación de vulnerabilidad social, proporcionando conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal, cognitivo, biológico, físico y de participación social, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia (SENAMA, 2022).

El programa se divide en: talleres para fortalecer habilidades en la vejez, jornadas y seminarios para fortalecer habilidades en la vejez, con el propósito de contribuir al envejecimiento activo de las personas mayores. Estas líneas de trabajo proporcionan conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal de las personas mayores, además brinda oportunidades de acceso a la cultura, recreación y esparcimiento (SENAMA, 2022).

e. Centros Diurnos:

Centros Diurnos Comunitarios: Se busca mejorar o mantener la funcionalidad de personas mayores que tengan un grado de dependencia leve, permitiéndoles mantenerse en su entorno familiar y social. Para esto, existen Centros Diurnos Comunitarios con capacidad para recibir a 30, 60 o 90 personas mayores y una participación mínima de 3 veces por semana. Los servicios que se entregan, tanto de manera presencial como a distancia, se agrupan en 3 áreas: Personal, Social y Comunitaria. (SENAMA, s,f)

En lo Personal, se establece un plan de atención integral, en el que se incluye: a) atención integral a la persona mayor; b) acciones de intervención del cuidador; c) servicios generales. Todos estos servicios se entregan acorde a las necesidades de cada persona mayor y la distribución de horas del RRHH. (SENAMA, s,f)

En lo Social, se realizan talleres para fortalecer los vínculos entre las personas mayores y la comunidad.

En lo Comunitario, se planifican actividades en la comunidad, además de poner a disposición el Centro Diurno para la comunidad y personas mayores del territorio, sean estas beneficiarias o no del programa. Además, se promueve la autogestión de los usuarios del Centro Diurno y se realizan acciones comunitarias con el uso de herramientas tecnológicas que faciliten la participación a distancia. (SENAMA, s,f)

El plan de atención integral se define para 6 meses, pero según sea la reevaluación de dicho plan, se realizan los ajustes pudiendo extenderse por 6 meses más y se inicia el proceso de egreso de la persona mayor. (SENAMA, s,f)

Este componente se ejecuta, principalmente, a través de concurso público, en donde participan instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que presenten proyectos y acrediten capacidad para la operación del Centro Diurno. El financiamiento otorgado corresponderá a un subsidio per cápita para la implementación de estos proyectos. (SENAMA, s,f)

Centros Diurnos Referenciales: Este componente pretende mejorar o mantener la funcionalidad de personas mayores con un grado de dependencia leve y/o moderada, manteniéndose en su entorno familiar y social. Los Centros Diurnos Referenciales se constituyen como referentes técnicos para este tipo de dispositivos, que atienden a 90 personas mayores que pueden asistir en jornadas parciales o completas, cuya infraestructura está diseñada con estándares de calidad en torno a la atención de personas mayores durante el día. (SENAMA, s,f)

Los servicios que se entregan de manera presencial o a distancia, son de carácter individual y grupal, los que quedan establecidos en el plan de atención integral a través de: (SENAMA, s,f)

- Atención integral a la persona mayor, por medio de terapias funcionales, cognitivas, socioafectivas, servicios de orientación para el domicilio.
- Acciones de intervención del cuidador.
- Servicios a la comunidad, a través del uso de infraestructura por parte de la comunidad, formación de actores claves en temas de gerontología, generar proyectos de investigación en el Centro Diurno y difundir a la comunidad.
- Servicios generales, dado que las personas mayores pueden asistir en jornada completa, según corresponda, se pueden entregar servicios de alimentación que incluyen desayuno, almuerzo y colación, ya sea por elaboración propia del centro (debe contar con autorización sanitaria) o servicios externos.

Estos servicios se realizan de acuerdo a las necesidades de las personas mayores, modalidades de intervención, jornadas en que asisten y la distribución de horas del RRHH. El plan de atención integral se define para 6 meses, pero según sea la reevaluación de dicho plan, se realizan los ajustes pudiendo extenderse por 6 meses más y se inicia el proceso de egreso de la persona mayor.

Este componente se ejecuta, principalmente, a través de concurso público, en donde participan instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que presenten un

proyecto y acrediten capacidad para la operación del Centro Diurno, siendo ésta financiada en su totalidad por SENAMA, sin perjuicio de los aportes propios de los organismos ejecutores.

Criterios de Ingreso: Tener 60 años o más, Presentar dependencia leve, con instrumento en uso de la red de salud o según RSH y Pertener a alguno de los 4 primeros tramos de la calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares.

Criterios de Priorización:

Deben ser considerados en el orden que se indican:

1° Edad, a mayor edad mayor prioridad. Sin embargo, en el caso de que dos personas mayores postulantes (o más) cuentan con la misma edad, tiene prioridad quien se encuentre en un tramo de calificación socioeconómica inferior.

2° Tramo de calificación socioeconómica del RSH, a menor tramo mayor prioridad.

3° Orden de postulación hasta llenar los cupos.

4° Hogar Unipersonal.

f. Condominios y Viviendas Tuteladas

Otorga viviendas adecuadas para personas mayores, proporcionando apoyo psicosocial y comunitario con la finalidad de promover la vinculación con la red social y comunitaria y contribuir a su integración y autonomía, a través de un plan de intervención. (SENAMA, s,f)

Las viviendas se asignan en calidad de comodato, lo que implica que la persona beneficiaria no es dueña de la propiedad.

¿Quiénes pueden participar? (SENAMA, s,f)

Personas de 60 años o más que requieran una solución habitacional y apoyo psicosocial, que cumplan los siguientes requisitos:

- Ser autovalentes y no tener una enfermedad física o mental que requiera atención imprescindible en un establecimiento hospitalario, lo que debe estar acreditado por un profesional de la salud.
- Pertenecer hasta el tramo del 60% del Registro Social de Hogares.
- No contar o presentar carencia de redes de apoyo sociofamiliares efectivas, lo que se acredita con un informe social.
- Contar con una pensión que permita la compra de alimentos, pagos de servicios básicos de la vivienda u otra necesidad que sea requerida.
- Contar con un familiar o persona significativa que represente sus intereses frente a SENAMA y la entidad operadora.

¿Cómo pueden participar? (SENAMA, s,f)

Pueden postular vía online: <https://senama.cerofilas.gob.cl>, o en las oficinas de SENAMA y entregue los antecedentes requeridos (los cuales serán subidos a la plataforma).

La postulación tiene una duración de un año, por lo que en el caso de que en este período no existan viviendas disponibles, la persona que postula deberá actualizar sus antecedentes.

g. Fondo Subsidio Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)

El programa busca mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y vulnerables que residen en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) sin fines de lucro. Para acceder a los recursos disponibles, los ELEAM deben postular al llamado a concurso del Fondo Subsidio ELEAM proyecto de iniciativas de apoyo directo hacia los residentes. Estos proyectos deben abordar las siguientes áreas: satisfacción de necesidades básicas, entrega de atención médica especializada, implementación de estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos y promoción del envejecimiento activo. (SENAMA, s,f)

¿Quiénes pueden participar? (SENAMA, s,f)

Instituciones públicas y privadas, sin fines de lucro que administren uno o más ELEAM, que además cumplan con los siguientes requisitos: que se encuentren en situación de dependencia, leve, moderada o severa, certificada por la correspondiente evaluación y que se encuentren en situación de vulnerabilidad social según el Registro Social de Hogares.

¿Cómo pueden participar? (SENAMA, s,f) Postulando a los concursos públicos que se anuncian en medios escritos de circulación nacional y la página web del Servicio. Los llamados a concurso se desarrollarán en virtud de la disponibilidad de recursos de SENAMA.

h. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)

Corresponden a residencias en las que podrán vivir en forma permanente o temporal, personas mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Allí se les brindarán servicios y cuidados de largo plazo. El modelo de intervención diseñado por SENAMA, se funda en un enfoque de derechos, y apunta a la implementación de servicios socio- sanitarios para la atención de los residentes, potenciando las capacidades remanentes y todos aquellos elementos que refuercen su identidad y autonomía. (SENAMA, s,f)

Entre los servicios que entrega están: alojamiento, diagnóstico y evaluación geriátrica integral, atención gerontogeriatrica, de estimulación y rehabilitadora, apoyo y cuidado personal, alimentación (de acuerdo a los requerimientos nutricionales de los residentes), provisión de ropa de cama y mesa, aseo y apoyo socio comunitario, que promoverá la vinculación de los residentes entre sí y con la comunidad. (SENAMA, s,f)

SENAMA delega la operación de los establecimientos, a través de concurso público, a entidades sin fines de lucro con experiencia en trabajo con mayores, las que se comprometen a gestionar la residencia de acuerdo al Modelo de Gestión SENAMA.

¿Quiénes pueden postular? (SENAMA, s,f)

Adultos mayores de 60 y más años, pertenecientes hasta el tramo del 60% del Registro Social de Hogares, que presenten algún nivel de dependencia, con vulnerabilidad social y que no cuenten con redes de apoyo efectivas.

¿Cómo pueden postular? (SENAMA, s,f)

A través de las OIRS de las Coordinaciones Regionales de SENAMA, o bien, vía online a través de <https://senama.cerofilas.gob.cl>.

i. Cuidados Domiciliarios:

Según SENAMA, s,f:

Consiste en la entrega de servicios de apoyo y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria a adultos mayores que presentan dependencia moderada y/o severa, que no cuentan con un cuidador principal y que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, buscando mejorar su calidad de vida y el resguardo de su autonomía, dignidad e independencia.

Todo esto se logra a través del financiamiento de proyectos de cuidados domiciliarios a instituciones públicas y privadas sin fines de lucro, que cuentan con experiencia de trabajo con adultos mayores dependientes.

Hombres y mujeres de 60 años y más, que presentan dependencia moderada y/o severa, que no cuentan con un cuidador principal y que se encuentran en el 60% según la calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares. Además, deben residir en la comuna donde se implementa el proyecto de cuidados domiciliarios.

ANEXO 2.

Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

1= Muy en desacuerdo.

2= Bastante en desacuerdo.

3= Bastante de acuerdo.

4= Muy de acuerdo.

Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)				
Ítems	1	2	3	4
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.				
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.				
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias".				
La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales.				
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.				
A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.				
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.				
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.				
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.				
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.				
medida que se hacen mayores pierden la capacidad de resolver los problemas a los que se enfrentan.				
Los defectos de la gente se agudizan con la edad.				
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez.				
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.				
Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chocean".				

ANEXO 3.

Adaptación del CENVE:

	Preguntas originales	Preguntas adaptadas
Salud	La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	Al llegar a los 65 años aproximadamente, es usted comenzó/comenzará a tener un considerable deterioro de memoria.
	La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.	Al tener más de 65 años es muy probable que usted tenga alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.
	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.	Se puede asegurar que usted mantuvo/mantendrá un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, luego de eso se produjo/producirá un fuerte deterioro de la salud.
	La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.	Usted cree que luego de los 65 años tiene/tendrá 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.	El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de su vejez.
Motivación Social	Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.	Como persona mayor, usted tiene menos interés por la sexualidad.
	Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.	Usted tiene menos amigos que las personas jóvenes.
	A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.	A medida que se hizo mayor, usted perdió el interés por las cosas.
	A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.	A medida que se hizo mayor, usted perdió la capacidad de resolver los problemas con los que se enfrenta a diario.

	Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.	Como persona mayor, de 65 años, usted no puede/podrá realizar un trabajo tan bien como lo haría otra persona más joven.
Carácter y personalidad	Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”.	Usted se irrita con facilidad, es “cascarrabias”.
	A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.	A medida que usted se ha hecho mayor, se ha vuelto más rígido/a e inflexible.
	Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.	Como persona mayor, en muchas ocasiones usted es como un niño.
	Los defectos de la gente se agudizan con la edad.	Sus defectos se han agudizado a medida que ha envejecido.
	La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente “chochea”.	Al llegar usted a los 65 años aproximadamente, comenzó/comenzará a verse debilitado en sus facultades mentales.

ANEXO 4. Escala sobre el prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV)

	1	2	3	4	5	6	7	
	Muy	Bastante	Poco	Nada	Poco	Bastante	Muy	
Triste								Alegre
Inútil								Útil
Intratable								Amistoso
Aburrido								Entretenido
Egoísta								Generoso
Inestable								Estable
Negativo								Positivo
Desadaptado								Adaptado
Ateo								Creyente
Débil								Fuerte
Lento								Rápido
Desafortunado								Afortunado
Conservador								Progresista
Insoportable								Soportable
Pasivo								Activo
Infravalorado								Valorado
Antiguo								Moderno
Enfermo								Sano
Solitario								Sociable
Insensible								Sensible
Improductivo								Productivo
Feo								Guapo
Despreciado								Respetado
Insignificante								Importante
Fatigado								Descansado
Anodino								Atractivo
Inflexible								Flexible
Inoportuno								Oportuno
Intolerante								Tolerante
Pesimista								Optimista
Desaliñado								Arreglado
Intranquilo								Tranquilo
Insatisfecho								Satisfecho
Indiferente								Interesado
Desilusionado								Ilusionado
Desagradable								Agradable
Despreciable								Admirable
Irresponsable								Responsable
Impulsivo								Reflexivo
Complicado								Sencillo
Imprudente								Prudente
Incompetente								Eficiente

ANEXO 5

Esquema Operativo de Medición de Variables

Objetivos	VARIABLES	Definición nominal	Rol en la relación + nivel de abstracción	Definición operacional	Preguntas	Nivel de Medición	Tipo de Análisis
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo 1. Describir los heteros estereotipos y auto estereotipos de vejez presentes en personas de 60 y más años de la comuna de Hualpén. 		<p>1 El estereotipo es un conjunto de rasgos asociados a un grupo o categoría social, lo que supone que son creencias generalizadas sobre atributos y conductas que caracterizan a los miembros de un grupo (Gómez, 2003)</p> <p>2- Autoestereotipos es aquel que ocurre cuando los individuos internalizan los sesgos y expectativas sociales, lo que los lleva a adoptar y expresar creencias o comportamientos que son consistentes con los estereotipos atribuidos a su grupo. Según Latrofa et al. (2009)</p>	Sin relación/General	<p>1Escala Cenve</p> <p>2Escala CENVE Adaptada</p>	Anexo VI	<p>1-continua</p> <p>1-Continua (intervalos y razón)</p> <p>1-categórica (ordinal)</p> <p>2—continua</p> <p>2-continua</p> <p>2-categórica (ordinal)</p>	<p>1Univariado</p> <p>Tabla con indicadores por dimensión y cálculo de Fi, F% y Ds por dimensión.</p> <p>Tabla de descriptos variable global y dimensiones (Media, D.S, Mínimo, Máximo.</p> <p>Tablas con Fi y F% Niveles global y por dimensiones</p> <p>2Univariado</p> <p>Tabla con indicadores por dimensión y cálculo de Fi, F% y Ds por dimensión.</p> <p>Tabla de descriptos variable global y dimensiones (Media, D.S, Mínimo, Máximo.</p> <p>Tablas con Fi y F% Niveles global y por dimensiones.</p>
OE2. Identificar los conceptos asociados a la vejez (prejuicios interpersonales) que presentan las personas de 60 años de la comuna de Hualpén.	1. Prejuicios	2- Prejuicio es la actitud hostil o desconfiada que no se justifica y se dirige a personas o poblaciones por el hecho de pertenecer a grupos sociales concretos Allport (1979).	General/independiente.	2-Escala Prej-V		<p>1 Continua .</p> <p>1 Continua.</p>	<p>Univariado</p> <p>Tabla con indicadores global y cálculo de Fi, F% y Ds por dimensión.</p> <p>Tabla Fi y F% de niveles por dimensión.</p>

<p>• OE3 Relacionar niveles de auto estereotipos de vejez con variables sociodemográficas, en personas mayores de la comuna de Hualpén.</p> <p>• Cruzar lo global con sexo en una sola tabla.</p>	<p>1- Autoestereotipo</p> <p>2- sociodemográficas: A) Género B) Edad C) Estado civil D) Lugar de residencia E) Ingresos F) Ocupación y escolaridad</p>	<p>1- Autoestereotipos: Igual que en objetivo 1</p> <p>2.1- Edad: A) Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales vegetales (RAE, s,f)</p> <p>2.2 Estado Civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (RAE, s,f)</p> <p>2.3. Niveles de ingresos: Caudal que entra en poder de alguien, y que le es de cargo en las cuentas. (RAE, s,f)</p> <p>Nivel de Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (Rae, s,f)</p> <p>Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales,</p>	<p>1- General-Dependiente</p> <p>2- Empírica Independiente</p>		<p>Ordinal/nominal</p> <p>Ordinal/ordinal</p> <p>Ordinal/ordinal</p> <p>Ordinal/ordinal</p> <p>Continua/Ordinal</p> <p>Continua/Nominal</p> <p>Catégoricas</p> <p>Catégoricas</p>	<p>Bivariado</p> <p>Tabla cruzada entre nivel de estereotipos según genero (Fi, F%)</p> <p>Tabla cruzada entre nivel de auto-estereotipos según nivel educacional (Fi, F%)</p> <p>Tabla cruzada entre nivel de auto-estereotipos según nivel de ingresos (Fi, F%)</p> <p>Tabla cruzada entre nivel de auto-estereotipos según rango estario (Fi, F%)</p> <p>comparación de medias del nivel de auto-estereotipos con variables sociodemográfica</p> <p>prueba ANOVA de auto-estereotipos con rango estario, nivel educacional y estado civil.</p> <p>Prueba T de Studen auto-estereotipos segun genero</p> <p>Correlación Rho de Spearman entre nivel de auto-estereotipos con nivel educacional, genero, nivel de ingresos, rango estario.</p> <p>Correlación Rho de</p>
--	--	---	--	--	---	---

		principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (RAE, s,f) Género: Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico (RAE, s,f)					Spearman entre nivel de hetero-estereotipos con nivel educacional, genero, nivel de ingresos, rango etario.
OE4- Examinar la relación entre las conductas de autocuidado en dimensión de actividad física, salud mental (síntomas depresivos) adherencia a tratamiento, empoderamiento en salud y los niveles de hetero-estereotipos en las personas mayores de la comuna de Hualpén.	1. Autocuidado en salud física, autoeficiencia - depresión - alimentación saludable - adherencia a tratamiento 2. Autoempoderamiento en salud.	1. Patrones conductuales que tienen repercusiones en la salud y el bienestar integral de las personas (Gomes et al., 2005) 2. Indicado en OE1	1. General. dependiente 2. General. independiente	1. Encuesta aplicada a la población mayor de Hualpén, en el contexto del proyecto de adherencia a tratamiento 2. Escala CENVE Adaptada	Anexo VI	N° comidas=Ordinal Salud física=Ordinal Autoeficacia=Ordinal Depresión=Ordinal Adherencia a tratamiento=ordinal Empoderamiento o salud=Ordinal Ordinal/ Ordinal Continua/continua Continua/continua	Univariado Fi y F% numero de comidas diarias Bivariado Tabla cruzada entre autocuidado de salud física según nivel de auto-estereotipo (Fi, F%) Tabla cruzada entre autocuidado de auto-estereotipo (Fi, F%) Tabla cruzada entre autocuidado de depresión según nivel de auto-estereotipo (Fi, F%) Tabla cruzada entre autocuidado de adherencia a tratamiento según nivel de auto-estereotipo (Fi, F%) Tabla cruzada entre

						Ordinal/ordinal	autocuidado de empoderamiento en salud según nivel de auto-estereotipo (Fi, F%)
						Ordinal/Ordinal	Correlación y significación Rho de Spearman Estilos promotores de salud física, adherencia tratamiento, depresión en personas mayores empoderamiento en salud y autoeficacia.
						Ordinal/Ordinal	Correlación y significación R de Pearson autocuidado con N° de comidas diarias y prejuicios hacia la vejez.
OE5 -Analizar El impacto de las variables de autocuidado (...) con los niveles de los estereotipos y prejuicios de las personas mayores de 60 años de la comuna de Hualpén.	1-Autocuidado 2-estereotipos 3-Prejuicios	1- 2-Indicado en OE3 3-Indicado en OE3	1- en 2- 3-	1- General/Dependiente 2- 3-	1-La encuesta aplicada a la población mayor de Hualpén, en el contexto del proyecto de adherencia a tratamiento. 2-Anexo V 3-Anexo-IV		

<p>H1- La presencia de altos niveles de auto estereotipos disminuye el autocuidado de las personas mayores.</p>	<p>1-Auto estereotipos. 2-Autocuidado</p>	<p>1-Indicado en el OE1. 2- Autocuidado Se define como la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas, su salud y apariencia personal, y se extiende a actividades como el ejercicio y una alimentación saludable. (según Campos-García et al. (2018))</p>	<p>1.V.I general 2.V.D general.</p>	<p>1.Escala CENVE Adaptada. 2.</p>			
<p>H2- Existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de estereotipos de vejez y los niveles de educación, ingresos económicos, tipo de ocupación y lugar de residencia.</p>	<p>1-Estereotipos. 2-Niveles de educación. 3-Ingresos económicos. 4-Tipo de ocupación 5-Lugar de residencia.</p>	<p>1-indicado en el OE3 2-indicado en el OE3 3-Indicado en el OE3 4-indicado en el OE3 5-Indicado en el OE3</p>	<p>1. V.I general 2.V.D general 3. 4. 5.</p>	<p>1.Escala CENVE.</p>			

ANEXO 6.

Consentimiento informado

Folio: _____

Consentimiento informado para participación en el estudio sobre el “Representaciones de la vejez; Estereotipos y Prejuicios en Personas Mayores Respecto de la vejez y su incidencia en el autocuidado, en las personas mayores que pertenecen a las comunas de Hualpén.

Estimado/a señor/a.

Junto con saludar, le informo que somos estudiantes de la Universidad de Concepción de la carrera Trabajo Social y con la presente investigación optamos a ser licenciados en Trabajo Social, le entrego este documento de consentimiento informado, para que usted sea parte de la investigación. Esta tiene como objetivo general, ***describir la percepción y autopercepción de la vejez en base a estereotipos, prejuicios y actitudes negativas que puedan presentar las personas mayores de 60 años de las comunas de Hualpén, Chillán, Mulchén y Concepción y como afectan estos a su autocuidado.***

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo, también dadas ciertas circunstancias pueden retractarse de participar o también retirarse en cualquier momento, incluso al estar respondiendo la encuesta, si así lo desea.

Los resultados alcanzados serán utilizados sólo para fines académicos, por otro lado, tales resultados se les hará llegar a cada persona que desee poseer los datos obtenidos de la investigación en la que participó, si bien este estudio será utilizado para una investigación académica, se le garantiza la confidencialidad de la información obtenida. La participación de este estudio no le garantiza ningún beneficio, y por consiguiente no tiene costo alguno el ser partícipe de esta investigación.

He hablado de este formulario de consentimiento con, _____ quien es autor de este trabajo. He aclarado mis dudas al respecto y entiendo lo siguiente:

- Entiendo que la finalidad de esto es realizar una investigación académica cual será presentada en la institución académica.
- Si bien no recibiré un beneficio directo, los conocimientos obtenidos de este estudio contribuirán a entender mejor mi enfermedad, ayudándome a mí y a otros pacientes.
- Accedo a facilitar estos datos de manera voluntaria, no existiendo otro interés por medio.
- Mi nombre no será publicado, y en la medida de lo posible todas las señas de mi identidad serán eliminados. Sin embargo, no es posible garantizar el anonimato completo, y alguien puede ser capaz de reconocerme.
- Fui informado de mi derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de explicaciones y sin significar responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.
- He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas, y las considero suficientes y aceptables.

Le equipo investigador agradece sinceramente su colaboración y participación, sin la cual este trabajo no podría llevarse a cabo.

Firma del entrevistado:

Nombre y firma de los investigadores:

Si deseas obtener más información acerca del estudio o resolver dudas futuras puedes comunicarte a los siguientes números de contacto y correos: Fabrodriguez@udec.cl / 9 - 87647485. Mrobles2020@udec.cl / 9 - 47453464. Irosemberg@udec.cl / 9 - 49460037

Fecha: ____/____/____

ANEXO 7. LIBRO DE CÓDIGOS

Representaciones, Estereotipos y Prejuicios en Personas Mayores Respecto de la vejez y su incidencia en el autocuidado.

Estimado(a) señor (a):

Junto con saludar, le informo que el presente estudio busca **describir la percepción y autopercepción de la vejez en base a estereotipos, prejuicios y actitudes negativas que puedan presentar las personas mayores de 60 años de las comunas de Hualpén, Concepción, Chillan, Mulchén y como afectan estos a su autocuidado**. Para lo anterior es fundamental su colaboración, por lo que le invito a participar y colaborar respondiendo este cuestionario, que es totalmente confidencial, cuyos resultados se darán a conocer únicamente en forma global con respecto a todo el grupo estudiado. Agradezco sus respuestas y la sinceridad de estas.

I) DG-DATOS GENERALES:

Dg.1 Nombre completo _____

Dg2 Fecha nacimiento

Dg 3 Edad

Dg 4 Genero A) Femenino (1) B) Masculino (2) C) Otro (3)

Dg 5 Estado Civil

- a. Soltero/a 1
- b. Casado/a 2
- c. Viudo/a 3
- d. Divorciado/a 4
- e. Conviviente civil 5

Dg 6 Nivel de Escolaridad

- A) Básica incompleta 1
- B) Básica completa 2
- C) Ed. Media incompleta 3
- D) Ed. Media Completa 4
- E) Ed. Superior completa 5

DG 7. Religión a la que adscribe

- a) No tiene religión (1)
- b) católica (2)
- c) Evangélica/protestante (3)
- d) mormona (4)
- e) Testigos de Jehová (5)
- f) Otra (Indicar) (6)

DG 8.

Dg 8 Tipo de ingreso	SI (1)	NO (0)
a) Pensión (1)		
b) Actividad laboral remunerada (2)		
c) Aportes estatales subsidios (3)		
d) Ayuda familiar (4)		

Categorización: Nivel ingreso económicos per cápita.

Entre 0 a \$230.000	1
Entre \$231.001 y 462.000	2
Entre \$462.001 y 692.000	3
Entre 692.001 y 922.000	4
Más de 922.0001	5

II. ALIMENTACIÓN:

ALI1. ¿Cuáles son sus comidas en un día normal?		
Comida	Si (1)	No (0)
(1)Desayuno	1	0
(2)Colación	1	0
(3)Almuerzo	1	0
(4)Colación	1	0
(5)Once	1	0
(6)Cena	1	0

Consumo de sal

ALI2. ¿Usted consume sal? a) No 1 b) Si 0

ALI3. ¿Les agrega sal a las comidas una vez servidas en la mesa? a) No 1 b) Si 0

III. Ámbito Familiar

AF1. ¿Con quién vive usted en la actualidad? (preguntar por parentesco de estas personas)
(1) a) Solo (si vive solo pase a pregunta 4) --- Familia unipersonal
(2) Nuclear con hijos
(3) Uni parental
(4) Su cónyuge o pareja – Familia Nuclear sin hijos
(5) Otros familiares (Hijos/as, Nietos/as, Yerno/Nuera) --Familia Extensa
(6) Otras personas no familiares** (indique relación) Familia Ampliada

Categorización:

- Vive solo
- con cónyuge
- Vive con más familiares (agrupados) (hijos, nietos, otros familiares)

Quiénes le acompañan a sus controles de salud (señale alternativa más habitual)

- a. Prefiere acudir solo (1)
- b. Cónyuge o Pareja (2)
- c. Familiar (quién) (hijo/a, Hermano/a y Nieto/a (3) _____
- d. No tiene quien lo acompañe (4)

Sus familiares u otra persona le recuerdan que debe tomar sus medicamentos.

- a) No 0 b) Si 1

IV. Ámbito Salud

Usted considera que su Hipertensión arterial es (señale alternativa)

1) Muy leve	1
2) Leve	2
3) Regular (Ni leve ni grave)	3
4) Grave	4
5) Muy Grave	5

EMPO. ESCALA DE EMPODERAMIENTO EN SALUD PARA ADULTOS MAYORES

A continuación, mencionaré algunas situaciones relacionadas con su salud y vida en general. Favor señale cual opción de respuesta refleja mejor el cómo se siente con cada una de dichas situaciones.

- Totalmente de acuerdo (5)
Medianamente de acuerdo (4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
Medianamente en desacuerdo (2)
Totalmente en desacuerdo (1)

Usted	5	4	3	2	1
EMPO1 a) ¿Tiene claro en qué aspectos usted No está cuidando su salud como corresponde?	5	4	3	2	1
EMPO2 b) ¿Usted, se plantea metas para mejorar su salud y las alcanza?	5	4	3	2	1
EMPO3 c) Respecto de su salud y sus metas, Usted ¿tiene diferentes maneras de superar los obstáculos que se le presentan?	5	4	3	2	1
EMPO4 d) Tener salud, ¿le hace sentir mejor?	5	4	3	2	1
EMPO5 e) ¿Puede afrontar el estrés por sus problemas de salud de manera positiva?	5	4	3	2	1
EMPO6 f) ¿Puede solicitar ayuda para cuidar y mantener su salud cuando lo necesita?	5	4	3	2	1
EMPO7 g) ¿Tiene algo que lo motive para cuidar su salud?	5	4	3	2	1
EMPO8 h) ¿Se conoce lo suficiente para escoger lo que más conviene a su salud?	5	4	3	2	1

Empoderamiento total: EMPO1+EMPO2+EMPO3...EMPO8
Empoderamiento alto: 32-40 puntos
Empoderamiento medio: 24-31 puntos
Empoderamiento bajo: 8-23 puntos

AUT. ESCALA DE AUTOEFICACIA

Frente a cada una de las siguientes afirmaciones, señale la respuesta que mejor refleje su situación.

Afirmaciones	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
AUT1 Cuando quiere algo, ¿encuentra la manera de obtenerlo, incluso aunque alguien se oponga?	1	2	3	4
AUT2 Puede resolver problemas difíciles si se esfuerza lo suficiente.	1	2	3	4
AUT3 Le es fácil seguir intentando lo que se ha propuesto hasta llegar a alcanzar sus metas.	1	2		4
AUT4 Si sucediera una situación inesperada, tiene confianza en que podría manejarla o enfrentarla adecuadamente o de buena manera.	1	2		4
AUT5 Gracias a sus cualidades y recursos, puede superar situaciones imprevistas.	1	2		4
AUT6 Cuando se encuentra en dificultades puede permanecer tranquilo/a, porque cuenta con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2		4
AUT7 Venga lo que venga, por lo general usted es capaz de manejarlo.	1	2	3	4

AUT8 Usted puede resolver la mayoría de los problemas si se esfuerza lo necesario.	1	2	3	4
AUT9 Si se encuentra en una situación difícil, generalmente se le ocurre qué debe hacer.	1	2	3	4
AUT10 Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se le ocurren varias alternativas o formas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Autoeficacia Total = AUT1+AUT2+AUT3...AUT10

categorización escala Autoeficacia	
Autoeficacia baja (1)	10 a 19
Autoeficacia (2)	20 a 29
Autoeficacia alta (3)	30 a 40

III. ACFIS-ESCALA DE ESTILOS DE VIDA PROMOTORES DE SALUD – ACTIVIDAD FÍSICA:

A continuación, mencionaré algunas situaciones relacionadas con su actividad física. Favor señale qué tan frecuente realiza usted las siguientes actividades.

En una semana normal. Usted:	Nunca	A veces	Comúnmente	Frecuentemente
ACFIS1. Sigue un programa de ejercicios planificados.	1	2	3	4
ACFIS2. Hace ejercicios vigorosos por 20 minutos o más, por lo menos tres veces a la semana (caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile, aeróbicos, usar maquina caminadora u otra).	1	2	3	4
ACFIS3. Realiza actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar en forma continuada de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	1	2	3	4
ACFIS4. Realiza actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	1	2	3	4
ACFIS5. Hace ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	1	2	3	4
ACFIS6. Acostumbra a realizar diariamente actividades físicas comunes tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de ascensores, estacionar el auto lejos del lugar del destino, y caminar.	1	2	3	4
ACFIS7. Se toma el pulso cuando está haciendo ejercicios.	1	2	3	4
ACFIS8. Al realizar alguna actividad física, su respiración y su ritmo cardiaco aumentan mucho, siente cansancio en las piernas o transpira.	1	2	3	4

Promotor de salud física global= ACFIS1+ ACFIS2... ACFIS8

Conducta no saludable (1)	8-19
Conducta saludable (2)	20-32

A) TEST DE ADHERENCIA DE MORISKY

Respecto de los medicamentos indicados para el control de la Hipertensión arterial, Responda Si o NO, lo que corresponda en cada pregunta.

Pregunta	NO	SI
AD1 ¿Se toma los medicamentos a la hora indicada?	0	1
AD2 ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	1	0
AD3 Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	1	0
AD4 Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?	1	0
Total		

Una o más respuestas incorrectas = No adherente- en puntaje de 0 a 3 no adherente (1)

Totalidad de respuestas correctas = Adherente-En puntaje de 4 es adherente (2)

V. Ámbito Psicológico

ESCALA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES (EDA)

Frente a las siguientes afirmaciones, según cómo se ha sentido usted ESTA ÚLTIMA SEMANA, responda Si o NO a cada pregunta.

Preguntas	Si	No
(EDA) 1 ¿Se ha sentido usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	0	1
(EDA) 2 ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses en estos días?	1	0
(EDA) 3 ¿Ha sentido usted que su vida está vacía?	1	0
(EDA) 4 ¿Se ha aburrido usted frecuentemente?	1	0
(EDA) 5 ¿Ha estado usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
(EDA) 6 ¿Ha sentido usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	1	0
(EDA) 7 ¿Se ha sentido feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
(EDA) 8 ¿Se ha sentido usted a menudo indefenso(a)?	1	0
(EDA) 9 ¿Ha preferido usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
(EDA) 10 Con respecto a su memoria: ¿Ha sentido usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
(EDA) 11 ¿Ha pensado usted que es maravilloso estar vivo(a) en ese momento?	0	1
<u>Piense cómo se siente usted en este momento</u>		
(EDA) 12 ¿Se siente usted inútil?	1	0
(EDA) 13 ¿Se siente usted con mucha energía?	0	1
(EDA) 14 ¿Siente usted que está en situación irremediable o que no tiene solución?	1	0
(EDA) 15 ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	1	0

Categorización Escala depresión Global (EDA 1+EDA2...EDA15)

1	Normal	0-4
2	Indicios de depresión	5-9
3	Indicador de casi siempre Depresión	10-15

V. Representaciones de la Vejez.

CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE). [CENVE](#)

A continuación, se presenta una tabla con una serie de enunciado respecto a las personas mayores. Marque la alterativa que mejor refleje su opinión con respecto a cómo ve usted a las personas mayores.

1= Muy en desacuerdo;2= Bastante en desacuerdo:3= Bastante de acuerdo: 4= Muy de acuerdo

Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)					
Ítems	1	2	3	4	
CENVE1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria	1	2	3	4	X, Ds
CENVE2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo	1	2	3	4	
CENVE3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”	1	2	3	4	
CENVE4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales	1	2	3	4	
CENVE5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes	1	2	3	4	
CENVE6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.	1	2	3	4	
CENVE7. 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.	1	2	3	4	
CENVE8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.	1	2	3	4	
CENVE9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños	1	2	3	4	
CENVE10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.	1	2	3	4	
CENVE11. A medida que se hacen mayores pierden la capacidad de resolver los problemas a los que se enfrentan.	1	2	3	4	
CENVE12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad.	1	2	3	4	
CENVE13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez.	1	2	3	4	
CENVE14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.	1	2	3	4	
CENVE15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochear”.	1	2	3	4	

Categorización Global = (Cenve 1+ Cenve 2+ Cenve ...+Cenve 15)

1	Bajo estereotipo	15-28
2	Moderado estereotipo	29-39
3	Alto estereotipo	40-50
4	Muy alto estereotipo	51-60

CENVE por categorización por dimensión

CenveS Salud (Cenve 1+ Cenve 4 + Cenve 7+ Cenve 10+ Cenve 13)

CenveM Motivación Social (Cenve2+Cenve5+Cenve8+Cenve1+Cenve14)

CenveP Personalidad (Cenve3+Cenve6+Cenve9+Cenve12+Cenve15)

1	Bajo	5-9
2	Moderado	10-13
3	Alto	14-17
4	Muy Alto	18-20

IV. ESCALA DE PREJUICIOS HACIA LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO: [PREVG](#)

A continuación, se presenta una tabla con una serie de enunciado respecto a las personas mayores. Indique la alternativa que mejor refleje su opinión con respecto a cómo ve usted a las personas mayores N=55 total de población.

Categorización **PREV-IM** imagen
IM3+IM4+IM8+IM12+IM15+IM16+IM17+IM22+IM23+IM24+IM25
Categorización PREV- AC autoconcepto AC1+ AC2+AC5+AC6+AC9+AC10+AC19+AC20+AC21
Categorización PREV-AE autoestima AU7+AU11+AU13+AU14+AU18
Categorización Global de Prejuicio [PREV-G](#)

VI. CUESTIONARIO DE AUTOESTEREO TIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ ([AUTOCENVE](#))

A continuación, se presenta una tabla con una serie de enunciado respecto usted como persona mayor. Marque la alterativa que mejor refleje su opinión con respecto a cómo ve usted como personas mayores.

1= Muy en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Bastante de acuerdo; 4= Muy de acuerdo

Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)				
Ítems	1	2	3	4
AUTOCENVE1 . Al llegar a los 65 años aproximadamente, usted comenzó/comenzará a tener un considerable deterioro de memoria.	1	2	3	4
AUTOCENVE2 . Al tener más de 65 años es muy probable que usted tenga alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades.	1	2	3	4
AUTOCENVE3 . Se puede asegurar que usted mantiene/mantendrá un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, luego de eso se producirá un fuerte deterioro de la salud.	1	2	3	4
AUTOCENVE4 . Usted cree que luego de los 65 años tiene/tendrá una serie de incapacidades que le hacen depender de los demás.	1	2	3	4
AUTOCENVE5 . El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de su vejez.	1	2	3	4
AUTOCENVE6 . Como persona mayor, usted tiene menor interés por la sexualidad.	1	2	3	4
AUTOCENVE7 . Usted tiene menos amigos que las personas consideradas más jóvenes.	1	2	3	4

AUTOCENVE8. A medida que se hace mayor, usted perdió el interés por las cosas.	1	2	3	4
AUTOCENVE9. A medida que se hace mayor, usted va perdiendo la capacidad de resolver los problemas con los que se enfrenta a diario.	1	2	3	4
AUTOCENVE10. Como persona mayor, de 65 años, usted no realiza un trabajo tan bien como lo haría otra persona más joven.	1	2	3	4
AUTOCENVE11. Usted se irrita con facilidad, es “cascarrabias”.	1	2	3	4
AUTOCENVE12. A medida que usted se hace mayor, se ha vuelto más rígido/a e inflexible.	1	2	3	4
AUTOCENVE13. Como persona mayor, en muchas ocasiones usted considera que es como un niño.	1	2	3	4
AUTOCENVE14. Sus defectos se han agudizado a medida que ha envejecido.	1	2	3	4
AUTOCENVE15. Al llegar usted a los 65 años aproximadamente, se ve debilitado/a en sus facultades mentales.	1	2	3	4

Categorización Global ACVG (ACenve 1+ ACenve 2+ ACenve ...+ACenve 15)

1	Bajo estereotipo	15-28
2	Moderado estereotipo	29-39
3	Alto estereotipo	40-50
4	Muy alto estereotipo	51-60

ACENVE por categorización (ACenveC) por dimensión

ACenveS Salud

ACenveM Motivación Social

ACenveP Personalidad

1	Bajo	5-9
2	Moderado	10-13
3	Alto	14-17
4	Muy Alto	18-20

Preguntas:

1. Puede expresar en sus propias palabras, que piensa usted respecto de las personas mayores en general, como las ve en la actualidad-En nuestro país o en su entorno habitual.
2. ¿Cómo se siente usted en la actualidad? ¿Si tuviera que mirarse y hacer una descripción de usted como persona mayor como se ve así misma (o)?
3. ¿Qué es lo bueno y que es lo malo en el proceso de envejecimiento?