



**Pontificia Universidad Católica Del Ecuador
Facultad De Ciencias Filosófico – Teológicas**

**ESTEREOTIPOS Y PRÁCTICAS AGEISTAS EN LAS
REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VEJEZ, EN
PROFESIONALES DE LA SALUD DE UN HOSPITAL
DE LA CIUDAD DE QUITO.**

Tesis para obtener el título de Magister en Bioética.

Autora:

Mayra Del Carmen Asitimbay Márquez.

Director:

José Sola Villena.

Quito – Ecuador

2021

DECLARACIÓN DE PROPIEDAD INTELECTUAL, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS.

Yo, Mayra del Carmen Asitimbay Márquez, con cédula de ciudadanía No. 1104094725, en mi calidad de estudiante de la Maestría en Bioética de la Facultad Eclesiástica de Ciencias Filosófico-Teológicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, como investigadora principal de la tesis titulada: ESTEREOTIPOS Y PRÁCTICAS AGEISTAS EN LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VEJEZ, EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE QUITO, declaro que soy autora de este estudio y reconozco la filiación institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE, de conformidad con lo establecido en la norma de los Arts. 100, 101, 108, 110 y 118 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación – Código Ingenios; Arts. 3, 4, 5, 6, 10 y 12 de la Normativa Procedimental Interna para Publicaciones Científicas, Técnicas y Artísticas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

1.- De la misma manera, en lo referente a derechos de autor, declaro que la propiedad moral de la investigación me corresponde como único autor de la tesis, concedo y reconozco los derechos de propiedad patrimonial, que dimana de los Derechos de Autor, a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE, de conformidad con lo establecido en la normativa del Código Ingenios e interna de la PUCE.

2.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT una copia del referido trabajo de graduación en formato digital para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

3.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir el referido trabajo de graduación a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 10 de diciembre 2020.



Mayra del Carmen Asitimbay Márquez. C.I. 1104094725

DEDICATORIA

A mi madre, de quien aprendí a ver y vivir la vejez, con el mismo amor, deseo y actitud con el que se mira y vive la juventud.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo Juan Francisco, por acompañarme desde el momento en que inicié este camino.

A mi director de tesis, por enseñarme a vencer “la impaciencia y el temor” durante la elaboración de este trabajo.

A mis docentes y compañeros y amigos con los que aprendimos juntos, y con los que hemos compartido estos años.

RESUMEN

Introducción: La humanidad camina hacia una sociedad que envejece, las representaciones sociales de la vejez permiten la comprensión de los conocimientos, conceptos y creencias acerca de la vejez y por lo tanto permite reconocer el ageismo o discriminación hacia una persona por el hecho de ser adulto mayor, y nos permite conocer los estereotipos que impregnan el espacio social de este grupo específico, el estudio de las representaciones sociales responde al propósito de conocer los estereotipos de la vejez que se presentan en los profesionales de la salud. **Objetivos:** Identificar los estereotipos y prácticas ageistas en las representaciones sociales acerca de la vejez, en los profesionales de la salud de un hospital de la ciudad de Quito. **Métodos:** Se realizó una investigación cualitativa de tipo etnográfica, basada en las experiencias de profesionales de la salud para obtener información a profundidad. Se seleccionó como grupo de trabajo a profesionales de la salud que atienden adultos mayores de forma rutinaria. Se identificaron los informantes clave y se realizaron entrevistas semiestructuradas, con el objeto de identificar los estereotipos y las prácticas ageistas dentro de las representaciones sociales acerca de la vejez, a través del análisis del discurso con el modelo de análisis de mensajes de Daniel Prieto Castillo para la identificación de ideas núcleo, modos de prédica y grados de referencia. **Resultados:** Los profesionales de la salud reconocen a la vejez como una etapa de declive en el aspecto biológico, mental, económico y social pero también como una etapa cargada de sabiduría por la experiencia adquirida. Durante la atención al adulto mayor se resaltan sentimientos negativos de tristeza, temor e incomodidad, debido a que son vistos como pacientes frágiles. La información relacionada al adulto mayor es entregada dada al cuidador, ya que asume que el adulto mayor no comprende las indicaciones por el hecho de ser adulto mayor y también por presencia de deficiencias en órganos sensoriales como vista y oído. Se identifican estereotipos ageistas negativos como la asociación de la vejez con enfermedad y declive biológico, mental y social. Se identifica un estereotipo positivo de la vejez, el cual la relaciona a una etapa llena de sabiduría por la experiencia de los años vividos y por lo tanto una gran capacidad para aconsejar y ayudar. **Conclusiones:** Se identifica un gran conjunto de estereotipos y prácticas ageistas dentro de las representaciones sociales de la vejez en los profesionales de la salud. Las representaciones sociales sobre la vejez en el aspecto biológico, social, económico, indican una construcción social sólida relacionada al declive, esto indica que este problema tiene un componente social consolidado. Los aspectos positivos de la vejez dentro de las representaciones sociales se encuentran aún en formación.

Existe una relación parcial entre el análisis del discurso y las prácticas que se describen ya que en el discurso y en las prácticas se encuentran caracterizaciones positivas y negativas de la vejez. **Palabras clave:** vejez, estereotipos, ageismo.

ABSTRACT

Introduction: Humanity is moving towards an aging society, the social representations of old age allow the understanding of the knowledge, concepts and beliefs about old age and therefore allows us to recognize ageism or discrimination towards a person due to the fact of being an elder , and it allows us to know the stereotypes that permeate the social space of this specific group, the study of social representations responds to the purpose of knowing the stereotypes of old age that are presented in health professionals **Objectives:** Identify ageist stereotypes and practices in social representations about old age in health professionals at a hospital in the city of Quito. **Methods:** A qualitative ethnographic research was carried out, based on the experiences of health professionals to obtain in-depth information. Health professionals who routinely care for older adults were selected as a working group. Key informants were identified and semi-structured interviews were carried out, in order to identify stereotypes and ageist practices within social representations about old age, through discourse analysis with Daniel Prieto Castillo's message analysis model to the identification of core ideas, modes of preaching and degrees of reference. **Results:** Health professionals recognize old age as a stage of decline in the biological, mental, economic and social aspects, but also as a stage full of wisdom due to the experience acquired. During care for the elderly, negative feelings of sadness, fear and discomfort are highlighted, because they are seen as fragile patients. The information related to the older adult is given to the caregiver, since it assumes that the older adult does not understand the indications due to the fact of being an older adult and also due to the presence of deficiencies in sensory organs such as sight and hearing. Negative ageist stereotypes are identified as the association of old age with disease and biological, mental and social decline. A positive stereotype of old age is identified, which relates it to a stage full of wisdom due to the experience of the years lived and therefore a great capacity to advise and help. **Conclusions:** A large set of ageist stereotypes and practices is identified within the social representations of old age in health professionals. The social representations about old age in the biological, social and economic aspects, indicate a solid social construction related to the decline, this indicates that this problem has a consolidated social component. The positive aspects of old age within social representations are still in the making. There is a partial relationship between the discourse analysis and the practices that are described, since positive and negative characterizations of old age are found in the discourse and in the practices. **Keywords:** old age, stereotypes, ageism.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Derechos humanos de las personas mayores.....	22
Tabla 2. Categorías de análisis de las representaciones sociales de la vejez en profesionales de la salud en un hospital de la ciudad de Quito.....	27
Tabla 3. Variables demográficas de los profesionales de la salud.....	30
Tabla 4. Resumen de las representaciones sociales de los profesionales de la salud	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050.....	8
Figura 2. Años necesarios para que la población de 65 años y más pase del 7% al 14%.....	9
Figura 9. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre el significado de la vejez.....	31
Figura 10. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre la dimensión cronológica de la vejez.....	32
Figura 11. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre la dimensión física de la vejez.....	34
Figura 12. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre la dimensión mental de la vejez.....	36
Figura 13. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre el rol del adulto mayor en la sociedad	37
Figura 14. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre el rol del adulto mayor en la familia	40
Figura 15. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre la dimensión económica de la vejez.....	42
Figura 16. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre los sentimientos durante la atención del adulto mayor.....	44
Figura 17. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre la información que se da al adulto mayor	46
Figura 18. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre los estereotipos negativos de la vejez	49

Figura 19. Mapa de palabras y Representaciones Sociales sobre los estereotipos positivos de la vejez.	51
--	----

INDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE PROPIEDAD INTELECTUAL, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS.	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
INDICE DE CONTENIDOS	9
I. INTRODUCCION	1
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	3
II. MARCO TEORICO.	5
1. Conceptos de vejez.	5
1.1. Nominaciones de la vejez a lo largo del tiempo	7
1.2. Características demográficas a nivel mundial y nacional	7
2. Representaciones Sociales	10
2.1. La construcción de representaciones sociales	11
2.2. Representaciones sociales y la vejez.....	12
3. Ageismo	13
3.1. Historia y desarrollo del término Ageismo.....	13
3.2. Ageismo y profesionales de la salud.....	14
4. Discriminación y estereotipos ageistas	15
4.1. Estereotipos ageistas negativos	17
4.2. Estereotipos ageistas positivos.....	18
4.3. Prácticas ageistas y los profesionales de la salud	19
5. Vejez y derechos humanos	21
6. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas: Marco Institucional	22
6.1. Infraestructura de la unidad de salud.....	23

6.2.	Misión y Vision.....	23
6.3.	Aspectos Administrativos.....	24
III.	OBJETIVOS	25
1.	Objetivo general.....	25
2.	Objetivos específicos.....	25
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
1.	Diseño del Estudio.	26
2.	Población.....	26
3.	Muestra.	26
4.	Criterios de selección.	26
4.1.	Criterios de inclusión.....	26
4.2.	Criterios de Exclusión.....	26
5.	Variables.	27
6.	Técnicas y procedimientos.	27
7.	Plan de análisis.....	27
7.1	Análisis de contenido.....	28
7.2.	Análisis Ideológico.....	28
8.	Consideraciones éticas.	29
V.	RESULTADOS.....	30
1.	Características de la población estudiada	30
2.	Significado de la vejez.	31
3.	Dimensión cronológica de la vejez.	32
4.	Categoría dimensión física de la vejez.	34
5.	Dimensión mental de la vejez.....	36
6.	Rol del adulto mayor en la sociedad.	37
7.	Rol del adulto mayor en la familia.	40
8.	Dimensión económica de la vejez	42
10.	Información al adulto mayor	46
11.	Estereotipos ageistas negativos	49

12.	Estereotipos positivos	51
VI.	DISCUSIÓN.....	56
VII.	CONCLUSIONES.....	64
VIII.	RECOMENDACIONES.....	67
IX.	BIBLIOGRAFIA.....	68

I. INTRODUCCION

La vejez a lo largo del tiempo ha sido un término difícil de definir, sin embargo, se ha caracterizado como algo que va más allá de una etapa o de una edad determinada y abarca una serie de cambios en el ámbito biológico, psicológico y social, a su vez supone una etapa llena de implicaciones que dependen del entorno y contexto cultural en el que se vive. Es conocido por datos de la Organización Mundial de la Salud que el número de personas de 65 años o más, se duplicará en el 2050 a nivel mundial y se espera que para mediados de este siglo una de cada seis personas en todo el mundo tenga 65 años o más (United Nations Organization, 2020). En América Latina, se producen los cambios mencionados en esta población pero a un ritmo acelerado, y se prevé que para el 2030, la población mayor de 60 años representará el 17% de toda la población, y las cifras que en Europa tardaron aproximadamente 65 años, en América Latina se lograrán en la mitad del tiempo (Naciones Unidas, 2017).

Es así que la humanidad se encuentra caminando hacia una sociedad que envejece, convirtiendo a los adultos mayores en una población relevante, por lo que es importante analizar la presencia de los adultos mayores dentro de la sociedad, y sobre todo las actitudes negativas de la población joven hacia la vejez, de esta forma se incluirá al adulto mayor a la comunidad, aceptando y adecuándonos a los efectos y cambios que el transcurso del tiempo produce en las personas.

Es importante conocer que la vejez es una construcción social, o como lo denomina Serge Moscovici, un conjunto de construcciones sociales, tales como la salud, la enfermedad, u otra práctica social, por lo tanto el estudio de estas construcciones a través de la teoría de las representaciones sociales, facilita la comprensión de los conocimientos, conceptos, y creencias, de igual forma permite reconocer los estereotipos que impregnan el espacio social durante los discursos emitidos por un grupo social específico (Castro, 2020). Se ha visto en los estudios de las representaciones sociales de la vejez, que se encuentra caracterizada por imágenes que la denigran como un periodo de involución, con disminución de las capacidades basándose generalmente con estereotipos que condicionan un rol triste, con pérdida de estatus social o de dependencia de terceros, contribuyendo a una definición de la vejez negativa (Moreno, 2010). El conjunto de estas representaciones negativas de la vejez usualmente está asociado a discriminación del adulto mayor, la cual se presenta en diversas formas.

A esto, cabe recalcar el término "*Ageism*" (ageismo, en español), que surgió en el año 1969 por Robert Butler quien utilizó el término por primera vez como el conjunto de estereotipos sistemáticos y discriminación contra las personas por su edad (Angus & Reeve, 2006). Despertando el interés, por los prejuicios y actitudes negativas específicamente hacia los adultos mayores. En español se adopta el término "edadismo" para referirse exclusivamente a las actitudes negativas hacia la vejez y los adultos mayores (Castellano Fuentes & de Miguel Negrodo, 2010). En esta ocasión nos referiremos al Ageismo de acuerdo al uso inicial de esta palabra. El ageismo, está inmerso en los patrones de pensamiento, y esto se generaliza en toda la sociedad, con amplios matices entre uno y otro grupo social específico, y debido a que puede influir de manera negativa en la relación de los profesionales de la salud con los adultos mayores, es importante que se reconozca en las representaciones sociales de este grupo, los estereotipos ageistas que pueden ser positivos, como la idealización de la vejez como una etapa llena de experiencia y sabiduría o de forma negativa como una época deplorable, caracterizada por la fragilidad y el aislamiento.

El objetivo principal propuesto para esta investigación fue: Identificar los estereotipos y prácticas relacionadas con el ageismo, dentro de las representaciones sociales acerca de la vejez, en los profesionales de la salud en un hospital de la ciudad de Quito. Este trabajo se realizó con el propósito de reconocer estereotipos y actitudes ageistas con el fin de iniciar un proceso de prevención de la discriminación al adulto mayor en el campo de la salud y todo lo que ello implica. La importancia de esta investigación radica en que, con estos hallazgos se darán implicaciones importantes para los adultos mayores y los profesionales encargados de velar por el bienestar de los mismos.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.

1. Planteamiento del problema.

¿Se presentan estereotipos y prácticas ageistas en las representaciones sociales acerca de la vejez, en los profesionales de la salud de un hospital de la ciudad de Quito?

2. Justificación.

La demografía a nivel mundial y local ha cambiado en los últimos años, y lo seguirá haciendo a lo largo de los primeros cincuenta años de este siglo. La población de adultos mayores llegará a alcanzar la misma proporción que la población joven, constituyendo un grupo social que adquiere visibilidad y con ello la consciencia de los fenómenos que ocurren en torno a esta etapa de la vida, la vejez. Múltiples estudios se realizan en torno a los adultos mayores a nivel físico, mental y social.

Las representaciones sociales, una teoría introducida en el año 1961 por Serge Moscovici nos presenta una forma en como las relaciones intergrupales a través de todas las interacciones que se producen dentro de un grupo social y nos pueden dar a conocer como construye el ser humano su realidad, siendo la vejez un fenómeno de carácter social, las representaciones sociales nos permiten comprender las diversas posiciones y aspectos relevantes como los estereotipos y prácticas que surgen de las relaciones de un grupo de profesionales de la salud en referencia a la vejez.

Se menciona que actualmente la sociedad esta inmersa en la potencialidad de la juventud, contrastando de forma negativa con lo que se piensa de la vejez. Esta investigación surge de la necesidad de conocer cuales son las percepciones, opiniones, creencias, actitudes en relación a la vejez, en un grupo de profesionales de la salud, grupo encargado de salvaguardar la integridad de los adultos mayores y mediante esto identificar estereotipos, actitudes y prácticas negativas hacia la vejez.

A través de muchos estudios se ha podido evidenciar que este tipo de acciones negativas influyen en lo físico, mental y emocional durante la etapa de la vejez, conocer la existencia de ageismo (término utilizado originalmente como discriminación hacia el adulto mayor) y describir la relación entre el discurso y las prácticas por medio de las representaciones sociales permite identificar problemas

y presentar soluciones posteriormente con el fin de evitar los efectos negativos que este tipo de discriminación produce en el bienestar del adulto mayor.

II. MARCO TEORICO.

1. Conceptos de vejez.

Cada sociedad construye sus concepciones acerca de lo que significan las etapas del ser humano y dentro de estas se encuentra la vejez, como una etapa cargada de múltiples juicios que coexisten en cada sociedad y cultura (Iacub & Sabatini, 2001). Se menciona que la vejez como cualquier otro período vital se caracteriza por determinar su propio grado de funcionalidad con una consecuente reducción en la capacidad para algunas actividades de la vida diaria secundarias al cambio en aparatos y sistemas orgánicos, que no imposibilitan el desarrollo de una vida normal en sociedad pues los sujetos se manifiestan como personas no sólo al desarrollar sus actividades vitales desde el punto de vista físico, sino sobre todo desde los aspectos psíquicos y sociales (Fernández, 2009). O como (Dulcey Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002) citando a Marc Fried (1988) mencionan que el único límite de la vejez es la muerte y que varía de forma individual, y en relación a las expectativas sociales y culturales. Beauvoir en 1970 menciona a la vejez como un compendio de atributos, conductas y conceptos dotados de un significado y contenido simbólico por nuestra sociedad, siendo su naturaleza y descripción atributiva fruto de una construcción sociocultural (Moreno, 2010).

Se menciona que la utilización del término vejez, remite a esta etapa como el producto final del tiempo, mientras que el término envejecimiento se refiere a la idea de un proceso (Ramos et al., 2009). Conociendo que el envejecimiento suelen apuntar a la parte biológica, reduciendo y generalizando este campo a otros y categorizándolo como un proceso que se sintetiza en el deterioro progresivo (Iacub & Sabatini, 2001). Generalmente se omite considerar que la vejez es una construcción histórica y sociocultural (Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo, 2016).

Por ello se puede inferir una marcada dificultad para escoger un término adecuado como vejez o envejecimiento para esta etapa de la vida, sin embargo, hay quienes han caracterizado este estado como algo que vaya más allá de una etapa, y que abarca su dimensión dinámica y sus implicaciones desde el aspecto biológico hasta el aspecto social.

Dentro de las dimensiones dinámicas para definir a la vejez tanto en la ciencia como en la sociedad, Ramos et al. (2009) menciona tres vertientes comunes:

- a. Dimensión biológica: que incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente: a) Cronológica, relacionada a la edad. b) cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento.
- b. Dimensión psicológica. Que incluye los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan, dimensión que podríamos llamar psicobiológica, y el estudio de la personalidad y sus cambios.
- c. Dimensión social. Que incluye el estado sociodemográfico, que implica el crecimiento poblacional, el nivel de participación y de integración social de los adultos mayores, y el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

Ramos et al. (2009) propone considerar cada una de estas dimensiones para definir a la vejez, sin distinguirlo del término envejecimiento, ya que la división entre ambos términos conlleva a soslayar una división y contraposición entre biología y salud contra psicología y sociedad y resume las características importantes que conceptualizan a la vejez:

- a. Como proceso y producto, con lo que no se hace una distinción con el envejecimiento que abarca el ámbito biológico y a la vez es vista como un concepto del campo de una epistemología construccionista, como el de las representaciones sociales.
- b. Como una situación del ser humano, expresada a través de la edad, en la que se sitúan una serie de cambios físicos y psicosociales. En referencia a esto la edad generalmente establece en el diagrama social de un grupo los modos en que una sociedad considera y habilita las posibilidades de trabajo o de goces, usos de poder y saber que determinan un conjunto de diversas valoraciones interconectadas en relación con un amplio sistema social, económico y cultural y de la cual se desprenden una serie de funciones y roles sociales con una serie de valoraciones, tanto positivas como negativas (Iacub & Sabatini, 2001). De igual forma es importante considerar que la edad cronológica si bien puede marcar el inicio del envejecimiento, el proceso es diferente para cada individuo (Aguayo & Nass, 2013).
- c. Una etapa que tiene implicaciones psicosociales y biológicas, que dependen de los cambios culturales y tecnológicos que enfrenta la sociedad en la que se vive.

1.1. Nominaciones de la vejez a lo largo del tiempo

El término “vejez” se usa a fines del siglo XIII y posteriormente el verbo “envejecer” en el siglo XV. La palabra “anciano”, proveniente del antiguo proverbio *romance anzi* o antes, data de la primera mitad del siglo XIII, destacando la relación del sujeto con el tiempo, y de cierta forma con su grupo social, se considera el valor de lo antiguo, como lo que el tiempo enriquece (Iacub & Sabatini, 2001). De igual forma los peyorativos de vejestorio y vejete aparecen en el siglo XVIII.

El término “señor”, proveniente del latín *senior*, que significa más viejo, fue utilizado durante el Bajo Imperio Romano para denominar a las personas viejas más respetables, posteriormente la palabra “senil” con su etimología latina *senilis* deriva de senectud o (del latín) *senectus*, palabra que aparece en textos de 1438, emparentado con el Senado Romano, como el lugar reservado para los *senex* o seniles, personas que tenían 60 años o más, momento en el cual un sujeto podía ser parte de esta institución, implicando un término altamente positivo a nivel de la vida política. Sin embargo, la palabra “senil” en el siglo XIX se convierte en un término que describe a la vejez como un estado patológico, a partir de las lecturas médicas del envejecimiento (Iacub & Sabatini, 2001).

Actualmente existen una serie de términos que aluden a la vejez, entre los más utilizados “tercera edad”, “adultos mayores” “personas de edad” o “jubilados.” El término “tercera edad” surge en los años sesenta, con la instauración de la jubilación universal en Francia, produciendo un cambio profundo en el rol social de este grupo, instaurando una condición singular en la medida que sus ingresos devienen de condiciones diversas que el resto de la población (Iacub & Sabatini, 2001).

1.2. Características demográficas a nivel mundial y nacional

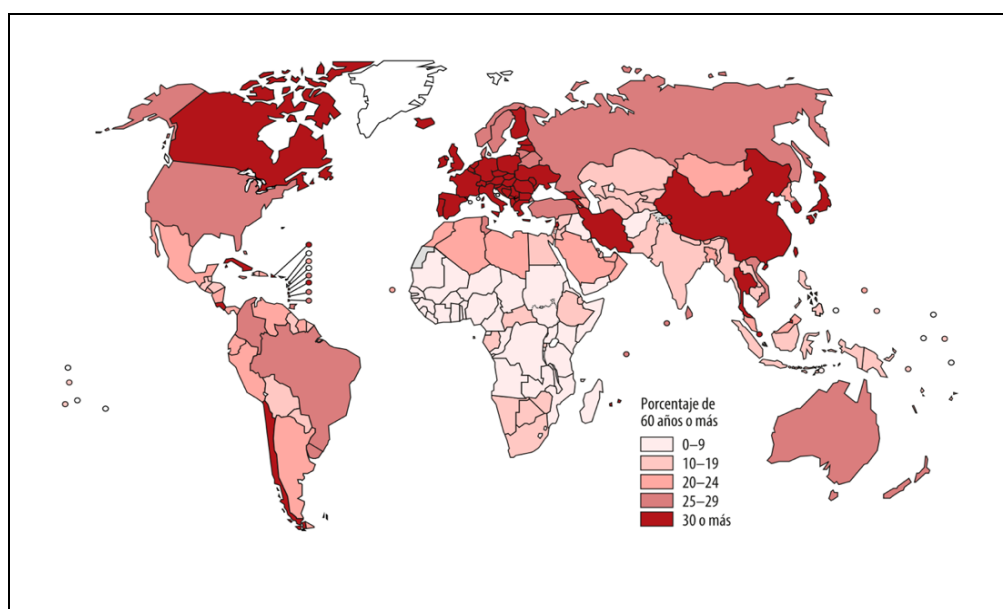
El envejecimiento de los seres humanos en todo el mundo presenta variedad según las condiciones demográficas, económicas, culturales y políticas, es importante el conocimiento sobre el cambio poblacional, junto a esto una nueva comprensión del envejecimiento como un proceso y una etapa que se vive de forma individual y la comprobación del mal manejo frente a la realidad del envejecimiento (Hagestad, 1998).

En 2020 según los datos de la Organización Mundial de la Salud, refiere que hay 727 millones de personas de 65 años o más en todo el mundo y se estima que el número

de personas de 65 años o más se duplique en 2050 a nivel mundial, además se espera que la proporción de personas mayores en la población mundial tenga un mejor acceso a la educación y avances en la igualdad de género y el empoderamiento. Para mediados de este siglo, se presume que una de cada seis personas en todo el mundo tendrá 65 años o mayor (United Nations Organization, 2020).

Uno de los principales factores que influyen en el envejecimiento de la población es el aumento de la esperanza de vida: en promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Figura 1. *Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050.*



Fuente: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS 2015.

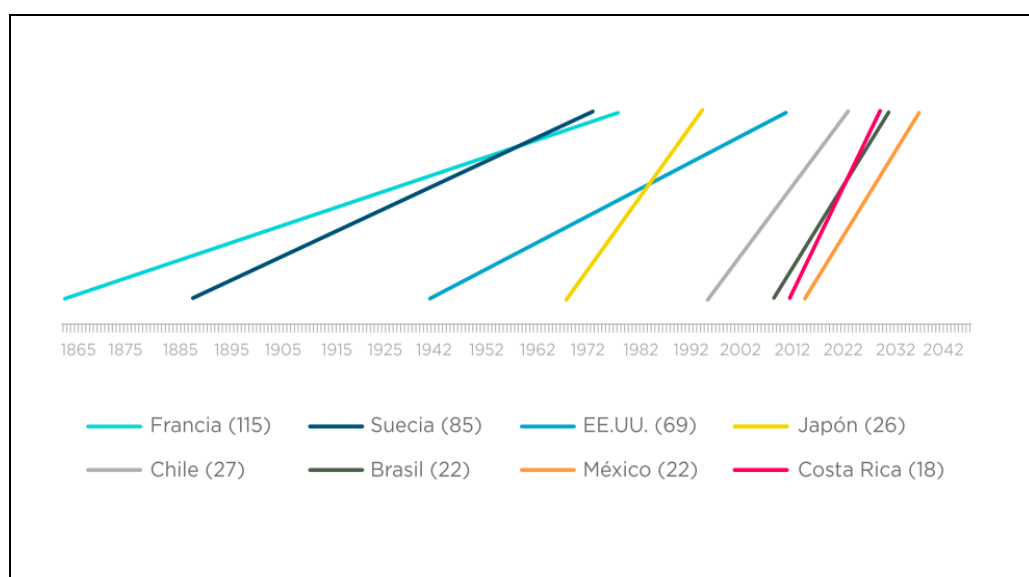
Según Neugarten (1999) todo esto está supeditado a los avances en las ciencias médicas y las mejores condiciones de vida de las personas, los cuales han permitido que la longevidad y la importante reducción de la mortalidad sean dos de las características comunes de todos los países desarrollados (Iacub & Sabatini, 2001).

Al parecer el siglo XXI presenta uno de los fenómenos más interesantes de la actualidad como está dicho por algunos científicos sociales y será un siglo de poblaciones con tendencia a envejecer y cuya estructura social estará conformada por una importante presencia de personas mayores a nivel mundial (Fernández, 2009).

Es de esta forma que nos encontramos caminando a una sociedad que envejece, y poco a poco la longevidad se transforma en un factor relevante en nuestra sociedad, donde el crecimiento de la población de edad es cada vez más importante, y en donde es importante dar importancia a los valores culturales y roles asociados a un determinado ciclo, y la forma en como expresa sus normas, valores, modos (Moreno, 2010).

En el caso de América Latina también se ve un ritmo acelerado en cuanto a los datos demográficos del envejecimiento, según datos de las Naciones Unidas el 11% de la población de esta región es mayor de 60 años, dato que se relaciona con el porcentaje a nivel mundial pero a un ritmo sin precedentes. Se prevé que en 2030 la población mayor de 60 años representará el 17% del total y que en el 2050 uno de cada cuatro habitantes será mayor de 60 años, lo que para Europa tardó 65 años en materializar, en América Latina se logrará en aproximadamente 30 años (Naciones Unidas, 2017).

Figura 2. Años necesarios para que la población de 65 años y más pase del 7% al 14%



Fuente: Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia, ONU 2017

Los datos a nivel nacional y de acuerdo al último Censo de Población y Vivienda de 2010 en el Ecuador existían mas de 940.000 personas mayores de 65 años que representan el 6,5% de la población nacional, para el 2017 fueron aproximadamente 1.180.944 es decir el 7% de la población y la proyección para el 2050 señala que las personas adultas mayores pasarán a ser el 17% de la población y en el 2075 constituirán el 26% (Maldonado, 2018).

En función de lo señalado, se evidencia que a lo largo del siglo veinte asistimos al mayor envejecimiento de las poblaciones que se tenga conocimiento en la historia de la civilización humana (Gascón, 2015). Y este aumento nos invita a analizar la importancia de la presencia de los adultos mayores en la sociedad y de igual forma, la importancia de cambiar las actitudes negativas que se observan con demasiada frecuencia y de esta manera incluir la figura del mayor al colectivo aceptando y adecuándonos a los efectos y cambios que el transcurso del tiempo produce en las personas.

2. Representaciones Sociales

En la mayoría de las sociedades humanas las personas comparten la mayor parte de su tiempo comunicándose, hablando, conversando, por lo tanto quien se interese en estudiar las representaciones sociales deberá interesarse por el contenido de estas conversaciones que se presentan de forma muy variada (Moscovici, 1986).

El concepto de representación social aparece como parte de la sociología pero la teoría como tal fue esbozada por Serge Moscovici en 1961 como parte de la psicología social, quien elabora esta teoría a partir de la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a variados niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales. Concerniente a esto la manera en como los sujetos sociales capturan los acontecimientos del diario vivir, las características del entorno, la información que circula sin parar en este medio y de las personas en el entorno próximo o lejano (Moscovici, 1986).

Las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas que pueden ir de simples a complejas, entre ellas imágenes que compendian un conjunto de significados, sistemas de referencia que pueden interpretar lo que sucede, dar sentido a lo inesperado, también categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos con quienes nos desenvolvemos, y teorías que permiten establecer hechos sobre ellos e incluso llegar a comprenderlos (Jodelet, 1984).

La función de las representaciones sociales que elabora un grupo define objetivos y procedimientos específicos para sus actores y esta representación a su vez influye directamente sobre el comportamiento social y la organización de ese grupo y llega

a modificar el propio funcionamiento cognitivo. De esta forma tienen una doble función, hacer que lo extraño resulte familiar y que lo imperceptible se vuelva visible (Jodelet, 1984).

2.1. La construcción de representaciones sociales

Las representaciones sociales nos ayudan a interpretar, pensar y categorizar la vida cotidiana, expresadas fundamentalmente en el lenguaje (Gascón, 2015). Esta presenta dos dimensiones, la primera es la dimensión de contexto: el sujeto que se halla en la situación de interacción social o ante el estímulo social, en esta dimensión la representación social aparece como un caso de cognición social mientras que en la segunda dimensión, la de pertenencia, en esta siendo el sujeto social, interviene con sus ideas, valores y modelos provenientes de su grupo de pertenencia o grupo ideológico (Jodelet, 1984).

La construcción de las representaciones sociales requiere que se tome en cuenta el papel que tiene el sentido común y la cultura para dar explicación a los fenómenos ocurridos en la sociedad, provenientes de la comunicación de personas comunes y de los científicos sociales, esto con el fin de explicar y definir la realidad que nos rodea, y tomar posición con respecto a esa realidad (Ramos et al., 2009).

Debido a que las representaciones sociales son estructuras de conocimiento sobre temas de la vida social, compartidas de forma grupal, estas se forman a partir de elementos cognitivos ligados entre sí, por lo que es posible encontrar en toda representación social, elementos centrales y periféricos, siendo los primeros generalmente más resistentes al cambio (Caravaca Morera, 2017).

Jean Claude Abric en 1976, quien también estudia las representaciones sociales, desarrolla la Teoría del Núcleo Central, que posteriormente fue complementada por Claude Flament, propone que el conjunto de ideas, creencias, actitudes e información que componen las Representaciones Sociales de un objeto social y que se organizan en torno de una estructura constituyendo un sistema socio-cognitivo con elementos jerarquizados en un núcleo central y en un segundo plano se organizan los elementos periféricos. Catalogando al núcleo central de la Representación Social como el elemento o conjunto de elementos normativos estables y funcionales. Y en relación a los elementos periféricos todos los elementos más próximos y los más distantes

del núcleo central, que se originan de las diversidades situacionales del contexto (Caravaca Morera, 2017).

2.2. Representaciones sociales y la vejez

La vejez es una construcción social o como denomina Moscovici, un conjunto de construcciones sociales como lo son la salud, la enfermedad, el género u otra práctica social. De allí que se utilice la teoría de las representaciones sociales para desarrollar la comprensión de una forma específica de conocimiento, en la que un grupo construye y comparte un conjunto de conocimientos, conceptos y explicaciones sobre un determinado hecho, en este caso la vejez, durante los discursos interpersonales de la vida cotidiana.

La sociedad está presente en esos discursos y las representaciones sociales dan cuenta de lo que en la historia se dice de los viejos y esto mejora o empeora una situación. Para algunos la representación que se tiene de la vejez se relaciona con la experiencia o la sabiduría de los viejos. Para otros, la vejez es vista como una edad de enfermedad o de dificultades (Ramos et al., 2009).

Por lo tanto al considerar el papel de la historia de la vejez a través de las representaciones sociales, es importante asumir una posición al respecto aunque las intenciones sean las más positivas. Lo más importante entonces es reconocer estos elementos para intentar cambiar tales discursos cuando atentan contra la integridad de las personas en la vejez (Ramos et al., 2009). Y como menciona Jodelet, el estudio de las representaciones sociales de la vejez también debe considerar los estereotipos que impregnan el espacio social (Castro, 2020).

Habitualmente las características de la vejez han sido representadas por imágenes que oscurecen la ancianidad, convirtiéndola en un periodo involutivo de las capacidades, que se basa generalmente en estereotipos que condicionan un rol desamparado como la pérdida de estatus social o independencia y estos factores a su vez contribuyen a una definición del periodo de ancianidad de manera deplorable (Moreno, 2010).

Aunque la mayoría de la población joven, ve a los adultos mayores como un grupo externo, la verdad es que los adultos mayores solían ser jóvenes y los jóvenes salvo una muerte prematura, algún día serán adultos mayores. Por tanto, esta relación de

los jóvenes con los adultos mayores es única, ya que si bien son vistos como un grupo externo, se trata de un grupo externo que solía ser parte del grupo interno de los no ancianos, y uno al que los jóvenes se unirán si tienen la suerte de sobrevivir todo el tiempo que tome (Greenberg et al., 2018). Por lo tanto, todas las representaciones que se forman en torno a esta relación, afectan de forma presente pero también a futuro.

En definitiva, la construcción social de la vejez necesita deconstruirse para poder afirmarse como un producto de enriquecimiento histórico y cultural, en una dirección donde se vislumbre esperanza y no conformismo, donde se pueda conocer el verdadero potencial de la vejez, sin negar los problemas que encierra esta etapa (Tealdi, 2008).

3. Ageismo

3.1. Historia y desarrollo del término Ageismo.

La primera vez que se utilizó el término anglosajón "Ageism" (en español: Ageismo), como término para la discriminación por edad fue en 1969 por Robert Butler, director del Instituto Nacional de Envejecimiento en los Estados Unidos, él comparó este tipo de discriminación con otras formas de intolerancia como el racismo y lo definió como un conjunto de estereotipos sistemáticos y discriminación contra las personas por su edad (Angus & Reeve, 2006). Fue Butler quien despertó el interés por el prejuicio por edad en una época en la que los efectos nocivos del racismo y el sexismo estaban destrozando la nación (Achenbaum, 2015). Inicialmente el término ageismo, se lo utilizó para referirse exclusivamente a las actitudes negativas hacia las personas mayores pero el término determina en amplio sentido los prejuicios contra un grupo en función de su edad y conglomerando de esta forma a todas las etapas del ciclo vital.

La traducción correcta al español desde un punto de vista filológico, debería ser edadismo. Sin embargo, el término aun no ha sido aceptado por la Real Academia de la Lengua Española por lo que generalmente se lo denomina también "viejismo" para referirse exclusivamente a las actitudes negativas en relación a las personas ancianas, el proceso de envejecimiento y la vejez (Castellano & de Miguel, 2010).

El ageismo que se produce en contra de los adultos mayores que está prevalente en la sociedad es considerado como un factor de riesgo para el maltrato y abuso de adultos mayores de manera individual e institucional. La Organización Mundial de la

Salud. (2020) describe ejemplos de factores socioculturales que pueden afectar el riesgo de discriminación y maltrato:

- Estereotipos en los cuales los adultos mayores son representadas como frágiles, débiles y dependientes,
- el debilitamiento de los vínculos entre las generaciones dentro de la familia;
- los sistemas sucesorios y de derechos de tierras, que afectan a la distribución del poder y de los bienes materiales en las familias;
- la migración de las parejas jóvenes, que dejan a los padres ancianos solos en sociedades en las que tradicionalmente los hijos se ocuparían de cuidar a las personas mayores,
- la falta de solvencia económica para pagar los cuidados.

3.2. Ageismo y profesionales de la salud

El ageismo está incrustado en patrones de pensamiento, (en formas encubiertas y sutiles) en suposiciones tácitas, mitos perdurables, estereotipos, imágenes, iconografía populares y aceptación social del declive basado en la edad como inevitable (Macnicol, 2006). Estas actitudes se generalizan ampliamente dentro de la sociedad y en menor o mayor escala en grupos sociales específicos.

Se conoce que las actitudes negativas son muy comunes incluso en los centros de salud y asistencia social, entornos donde los adultos mayores están en una situación más vulnerable. Los adultos mayores a menudo sufren estigma y discriminación así como la violación de sus derechos a nivel individual, comunitario e institucional, simplemente debido a su edad (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Dado que muchos estereotipos sobre el envejecimiento son indicativos de una actitud desinformada o representaciones irracionales o inexactas, es necesario considerar cómo se puede rectificar o revertir (Angus & Reeve, 2006). Pero es necesario primero conocerlas e identificarlas en un entorno determinado. Es de esta manera que el ageismo puede influir de manera negativa en la relación de los adultos mayores con los profesionales de la salud y la forma en como el adulto mayor es tratado.

Por lo tanto, el ageismo puede influir en la comunicación, en el diagnóstico, el tratamiento, el consentimiento informado y en cómo el paciente cumple con el plan

de tratamiento ya que las percepciones negativas de la vejez pueden afectar esta comunicación y el trato de adultos mayores en los servicios médicos, inclusive se menciona que puede llegar a sufrir técnicas invasoras con la falta de una oportunidad para tomar una propia decisión sobre los tratamientos que reciben (Tardino, 2017).

Pero no solo influye en la forma en como son tratados directamente los adultos mayores, sino que también afecta las actitudes inconscientes por parte de los médicos, llevándolos a sentir que no vale la pena dedicar su tiempo a tratar los complejos problemas físicos del adulto mayor. Esto especialmente en el área de la salud mental, en la que se estima que entre el 10 y el 30 por ciento de todos los trastornos mentales tratables en los adultos mayores se diagnostican como intratables por error, porque el profesional asume un deterioro mental con el avance de la edad y por lo tanto, no hace ningún esfuerzo especial para descartar trastornos reversibles (Butler, 1989).

La Organización Mundial de la Salud en 2002 en un informe del “Missing Voices” menciona un estudio realizado en Kenia el cual menciona la falta de respeto hacia el adulto mayor en el sistema de salud, generalmente el profesional de la salud habla del adulto mayor como una persona difícil, no deseada en los hospitales y considerada como un desperdicio de recursos (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Es así como se forma un círculo vicioso de acciones ageistas y sus consecuencias ya que con esta percepción negativa de la vejez los profesionales son criticados por no comprender el estado de un adulto mayor y se refuerza la idea de paciente “difícil” a su vez no es raro que las personas cercanas a estos pacientes rechacen cómo se los trata en los hospitales (Tardino, 2017).

4. Discriminación y estereotipos ageistas

Buttler en 1989 menciona que hay tres aspectos diferenciables relacionados con el problema de la discriminación ageista: a) Actitudes perjudiciales hacia las personas mayores y hacia la vejez, incluidas las actitudes de los mismos adultos mayores; 2) prácticas discriminatorias contra las personas mayores particularmente en los roles dentro de la sociedad y la familia; 3) prácticas y políticas institucionales que a menudo sin malicia, perpetúan creencias estereotipadas sobre las personas

mayores, lo cual reduce sus oportunidades de una vida satisfactoria y acaban con su dignidad personal (Butler, 1989).

La vejez se ha visto cargada de una serie de características que incluye limitaciones, disminución de capacidades físicas y mentales, una etapa en la que la sexualidad ya no forma parte, vulnerable, decadente, regresiva que concluyen en un final catalogado como triste y desafortunado. Este desarrollo de actitudes negativas y estereotipos hacia la vejez, la ha categorizado equivocadamente como una etapa puramente incompetente y aversiva (Moreno, 2010). La preocupación va más allá de esto ya que la discriminación ageista por edad forma una parte poderosa del entorno social y cultural y es en donde las personas construyen su envejecimiento (Angus & Reeve, 2006).

Todos estos factores son lo que llevan a la estereotipia, definida como el proceso psicológico y social a través del cual se ignoran los atributos y características personales y se etiqueta a los individuos de acuerdo a estereotipos basados en la afiliación grupal. Por lo tanto los estereotipos son categorías de atributos específicos de un grupo que se caracterizan por su rigidez, además son el primer paso en el origen de una representación, cuando se obtiene información de algo o de alguien se adscribe en el grupo o situación a las cuales ese grupo o situación pertenece, o sea los estereotipos cumplen una función de "economía psíquica" en el proceso de categorización social (Prado et al., 2008).

La discriminación ageista se basa en una serie de estereotipos negativos (Nelson, 2016). Pero también existe una visión idealizada con un conjunto de estereotipos positivos en el que se equipara la vejez con un periodo de sabiduría, una época dorada, aunque es menos frecuente y además ocasiona menos efectos discriminatorios. Sin embargo, aunque hay pruebas destacadas de que los adultos mayores contribuyen a la sociedad en muchos sentidos, los estereotipos negativos los hacen ver como personas débiles, o como una carga lo cual está muy alejado de la realidad (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El terreno común para los estereotipos positivos o negativos de las personas mayores puede ser la percepción de su uniformidad. Así, incluso los estereotipos positivos niegan su diversidad e individualidad. Si bien los estereotipos negativos parecen ser más problemáticos, los positivos también pueden tener consecuencias

indeseables, como expectativas exageradas, que llevan a los adultos mayores a sentirse presionados socialmente (Ehni, 2016).

Cabe recalcar que el efecto de los estereotipos del envejecimiento tiene importantes implicaciones para los conceptos, actitudes y retórica sobre las personas mayores que han permeado las prácticas sociales a lo largo del siglo XX (Angus & Reeve, 2006). Y por lo tanto es importante conocerlos, para reconocerlos cuando se presentan dentro de un grupo social, para rechazarlos, evitarlos o modificarlos.

4.1. Estereotipos ageistas negativos

Los estereotipos negativos sobre los adultos mayores inciden en las relaciones sociales y familiares repercutiendo de forma directa en su salud física y emocional. Los estereotipos negativos están tan generalizados que incluso a quienes manifiestan públicamente las mejores intenciones les puede resultar difícil no expresarse en forma negativa, además las actitudes discriminatorias por motivos de edad suelen verse como humorísticas y en diversos grados basadas en la realidad, por lo que a menudo se piensa equivocadamente que el humor contrarresta todo efecto negativo en la persona mayor (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Son múltiples los estereotipos negativos de la vejez y los adultos mayores y los más habituales se detallan en la siguiente recopilación:

- Los adultos mayores son rígidos y deprimidos (Iacub & Sabatini, 2001).
- Los adultos mayores tienden a olvidar, no comprenden bien, son sordos o lentos para integrar las informaciones (Boitte, 2001).
- Los adultos mayores están aislados, abandonados o institucionalizados y son socialmente inactivos. Una de las referencias más clásicas acerca de la vejez son las esperables carencias y limitaciones en su integración social y redes de apoyo social en la vejez (Iacub & Sabatini, 2001). Además, la pérdida de su rol en la sociedad hacen que la imagen de la jubilación sea visto como un momento de ocio en la vida y se asocia al estereotipo del adulto mayor como personas inútiles y una pérdida de recursos sociales (Aguayo & Nass, 2013).
- Los adultos mayores son personas cognitiva y psicológicamente disminuidas, uno de los principales ejes de comprensión de la vejez en la actualidad es la descalificación de la capacidad intelectual hoy referida específicamente como cognitiva (Sneed & Whitbourne, 2005). Este estereotipo en específico produce limitaciones en la autonomía, temor acerca de afrontar situaciones o a

cualquier tipo de actividad que la persona se disponga a realizar, provee una interferencia en las interacciones sociales ya que crea una duda en la capacidad de juicio e induce a que se les oferten y adopten prácticas inapropiadas, infantilizantes o denigrantes que funcionan como reforzadores de más estereotipos negativos (Iacub & Sabatini, 2001).

- Los adultos mayores están enfermos, tienen dependencia funcional han perdido la vitalidad física y son frágiles (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2012) (Aguayo & Nass, 2013).
- Los adultos mayores son sexualmente inactivos, se describe a los ancianos como individuos que carece de capacidad, actividad y deseo sexual y generalmente se muestra a las mujeres fuertemente representadas por este estereotipo (Aguayo & Nass, 2013). Son muchos los estereotipos que juzgan erróneamente a la capacidad de goce y actividad de la relación sexual en estas edades. Los factores psicológicos condicionan en gran medida la insatisfacción (Moreno, 2010).
- Los adultos mayores tienen mala calidad de vida emocional, con este estereotipo se percibe la vejez como una etapa infeliz, en algunos estudios con *body mapping* se ve reflejado por numerosas imágenes de ancianos con el ceño fruncido, líneas rectas o líneas onduladas que se curvaba ligeramente en las esquinas de la boca como signo de tristeza, falta de sonrisas, sobre todo en los hombres (Aguayo & Nass, 2013).
- Los adultos mayores son feos, generalmente se asocia a signos físicos tales como: arrugas, calvicie, adelgazamiento, asocian la vejez con la fealdad, esto también se puede asociar al miedo a la muerte y cercanía de esta etapa de la vida con ella (Aguayo & Nass, 2013).

4.2. Estereotipos ageistas positivos

En la sociedad romana se concedía una autoridad muy particular a los ancianos a través de la figura del *pater familia*. La familia tenía un carácter extendido pues los lazos jurídicos estaban por encima de los lazos biológicos. De igual forma en el Imperio Romano, la época de oro de los ancianos fue la República, etapa en la cual se confió el poder político a los hombres de edad avanzada. A partir del siglo I a.C. los valores tradicionales cambiaron: Augusto inauguró un nuevo período floreciente para las artes y la economía que fue menguante del poder del Senado y de los ancianos (Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo, 2016). En el mundo antiguo tanto en Egipto como en China la vejez fue considerada

como parte importante de la comunidad, las personas viejas estaban ligados a la divinidad, la ética, la política, la familia y la sabiduría (Ramos et al., 2009).

Se mencionan ciertos estereotipos positivos de la vejez los cuales están idealizados, sobrevaloran esta etapa vital como edad de oro en la que la persona mayor queda liberada de pasiones e impulsos juveniles, alcanzando la plena libertad, sosiego en el ocio, paz y la experiencia acumulada por los años que aportan a la persona mayor sabiduría, discreción y prudencia (Carbajo, 2009). La vejez al estar cargado de tantos matices es reconocida como un proceso natural e inevitable por lo tanto, no debe ser concebida sólo como una disminución de las capacidades físicas sino más bien como una etapa adicional de la vida que involucra un crecimiento personal (Aguayo & Nass, 2013). Pero esto sin idealizar características positivas que son imposibles de alcanzar y que son dependientes de muchos factores como situación económica, estado de salud y entorno social.

4.3. Prácticas ageistas y los profesionales de la salud

Las prácticas relacionadas al ageismo pueden ir desde las que resultan muy obvias y molestas hasta las prácticas invisibilizadas: aquellas que no se detectan como tales y otras naturalizadas: las que se aceptan como “normales” y hasta esperables ya sea por parte de quien discrimina como de quien es discriminado/a (Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo, 2016). San Román en 1999 menciona que el comienzo de dichas actitudes discriminatorias, inician con la pérdida de rol social en el anciano (Moreno, 2010).

Son múltiples las prácticas que giran en torno al ageismo o que se producen como discriminación al adulto mayor, debido a que estas se dan en varios niveles se pueden encasillar dentro de la clasificación de maltrato al adulto mayor. El maltrato puede darse por acción o por omisión, las formas más frecuentes de prácticas ageistas son: el maltrato físico, psicológico, la negligencia que incluye el abandono, el abuso económico, sexual y la violación de los derechos de la persona (Pinazo, 2013).

Se sostiene que estas actitudes surgen del miedo que las generaciones jóvenes tienen al envejecimiento y del rechazo de parte de la sociedad. Sostener un prejuicio activo no basado en hechos sino en el desconocimiento y la deformación de las potencialidades de las personas mayores, constituye el primer paso hacia la discriminación real de estas personas (Gascón, 2015).

Las prácticas ageistas que se presentan en forma de maltrato no sólo se producen en el medio familiar sino que existe incluso en ámbitos concebidos para su protección denominándose en este caso, maltrato institucional: centros de día, residencias, hospitales (Pinazo, 2013). No es raro escuchar por parte del personal de salud, el relato de situaciones en que las personas de edad avanzada sufren de falta de respeto manifiesto y negligencias en los cuidados de salud (Boitte, 2001).

Dentro de las prácticas ageistas que se producen a nivel institucional, resaltan las siguientes:

- Maltrato físico y psicológico, conocido como victimización que consiste en ataques a la integridad física y moral del adulto mayor profiriendo amenazas, intimidación, agresión física o verbal (Pinazo, 2013).
- La falta de respeto como la forma de maltrato más dolorosa identificada por los adultos mayores en todos los países. Si bien algunos estudios incluyen historias dramáticas de abuso físico y negligencia, está claro que una actitud de falta de respeto hacia los adultos mayores es universal (Organización Mundial de la Salud, 2002).
- Invisibilidad, que lleva a ignorar al adulto mayor, tal como no conocer sus nombres ni tratarlo por ellos además de no permitirle intimidad (Pinazo, 2013).
- Paternalismo, que consiste en la toma de decisiones sin opinión del adulto mayor, no permitir que escoja entre las opciones de responsabilizarse de su propia vida.
- Infantilización, que lleva a tratar al paciente como si fuera un niño, incluye el tuteo, falta de información, irrespeto a la autonomía, destrucción del espacio íntimo y privado (Boitte, 2001) además de minimizar las actividades que aun puede realizar sin ayuda.

Un tipo de práctica ageista institucional en el que los profesionales no se presentan como actores principales sino mas bien como espectadores es el abandono. En Kenia, el abandono de los adultos mayores en los hospitales se consideró el problema más significativo de maltrato al adulto mayor, en este caso los profesionales de la salud incluidos en el estudio estimaron que entre el 15 y el 30 por ciento de los pacientes adultos mayores terminan abandonados en los hospitales (Organización Mundial de la Salud, 2002).

El problema ético que plantea la "discriminación por edad" no es determinar por qué está mal o cuándo podría estar justificado, sino determinar cómo juzgar la "discriminación por edad". La dificultad aquí es identificar correctamente sus manifestaciones y desarrollar estrategias adecuadas para contrarrestarlas. Al igual que con otras formas de actitudes y comportamientos discriminatorios basados en estereotipos negativos de grupos particulares, la discriminación resultante viola los principios fundamentales de igualdad y dignidad humana (Ehni, 2016).

5. Vejez y derechos humanos

Excluir a las personas mayores a través de estereotipos y prácticas ageistas además de socavar su bienestar puede repercutir gravemente en la productividad de otras generaciones (Organización Mundial de la Salud, 2015). No solo es necesario conocer los derechos humanos que cobijan a los adultos mayores sino que es importante e indispensable que se apliquen desde ahora en esta sociedad en la que a futuro los adultos mayores serán una proporción importante, a saber, el doble de lo actual. Es preponderante que las personas se eduquen en cuanto a los derechos humanos de los adultos mayores para percibirlos de manera más favorable como contribuyentes positivos a la sociedad también es necesario alentarlos a formar relaciones más estrechas con ellos (Organización Mundial de la Salud, 2002).

De esta manera con el incremento en los cambios demográficos relacionados a la vejez en los últimos años, se ha visto la necesidad de promover los derechos humanos de las personas mayores. Varios tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos hacen referencia a los adultos mayores y consagran a las personas mayores el derecho a no ser discriminadas, hacen referencia al derecho de los adultos mayores a la salud, la seguridad social y un nivel de vida adecuado, y defienden su derecho a no ser objeto de explotación, violencia ni abuso (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En el año 2015 la Organización de Estados Americanos decidió reunirse para formular los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con lo cual se buscó incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas, reafirmando el valor de la solidaridad y complementariedad de la cooperación internacional y regional para promover los derechos humanos y las libertades de los adultos mayores, estableciendo la importancia de facilitar la formulación y el

cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra la persona mayor, y la necesidad de contar con mecanismos nacionales que protejan sus derechos humanos y libertades fundamentales (Organización de los Estados Americanos, 2015).

Tabla 1. *Derechos humanos de las personas mayores*

La persona mayor tiene derecho:

1. A la igualdad y no discriminación por razones de edad.
2. A la vida y la dignidad en la vejez.
3. A la independencia y la autonomía.
4. A la participación e integración comunitaria.
5. A la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.
6. A no ser sometido a tortura, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
7. A brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
8. A la libertad personal.
9. A la libertad de expresión y de opinión y al acceso de la información.
10. A la nacionalidad y a la libertad de circulación
11. A la privacidad y a la intimidad.
12. A la seguridad social.
13. Al trabajo.
14. A la salud.
15. A la educación.
16. A la cultura.
17. A la recreación, al esparcimiento y al deporte.
18. A la vivienda.
19. A la propiedad.
20. A un medio ambiente sano.
21. A la accesibilidad y a la movilidad personal.
22. A ejercer sus derechos políticos.
23. A igual reconocimiento como persona ante la ley.
24. A acceso a la justicia.
25. De reunión y de asociación.

Fuente: Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2015.

Elaboración: Mayra Asitimbay.

6. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas: Marco Institucional

Los orígenes del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1 se remonta al año 1851, el Presidente José María Urbina ubica al hospital Militar en donde hoy funciona el colegio militar Eloy Alfaro y en 1969, la administración y cuidado de

pacientes pasan a las manos de las Hermanas de la Caridad (Pazmiño, 2018). En cumplimiento de lo establecido por la Carta Magna de la República del Ecuador, el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No. 1 Quito funciona insertado en el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de garantizar la no exclusión de ninguna persona a la atención médica que ofrece. Las diferentes fuerzas militares: naval, terrestre y aérea en conjunto con el adelanto de las ciencias medicas, en 1974 motivan a que esta institución se traslade a una nueva edificación, la cual hasta hoy se encuentra en funcionamiento.

Ya desde febrero de 1977 el hospital realizó sus actividades de manera integral, como una instalación asistencial con un importante rol no sólo dentro del ámbito de la sanidad militar, sino de la salud pública a nivel nacional, 8 dirigida a cubrir necesidades del personal militar y población en general, en lo referente a la atención y el tratamiento especializados. Esta prestigiosa casa de salud, ofrece los servicios de Emergencias, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Consulta Externa en 36 especialidades médicas, Centro de Imagen, Laboratorios, Chequeo Médico Ejecutivo, con el respaldo de profesionales médicos, enfermeras y personal administrativo que permite atender diariamente a más de 800 pacientes (Manjarrez, 2015).

6.1. Infraestructura de la unidad de salud

El Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas cuenta con 2 edificios, el principal de 12 pisos para hospitalización y consulta externa y el otro de 5 pisos para consulta externa, cuenta con un amplio parqueadero privado para uso de los usuarios, una guardería, restaurante privado y área de espacios verdes. El hospital cuenta 236 camas hospitalarias censadas, distribuidas para 36 especialidades médicas y 12 subespecialidades.

6.2. Misión y Visión

La misión del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas es proporcionar atención médica integral de tercer nivel con calidad y calidez, al personal militar para el cumplimiento de las operaciones militares y complementariamente con su capacidad disponible en articulación a la red publica integral de salud. Su visión es ser en el 2021 un hospital referente a nivel nacional, por su oportunidad en la atención médica y en el manejo de patologías de alta complejidad, manteniendo la excelencia en el servicio brindado en sanidad militar y salud.

6.3. Aspectos Administrativos

El hospital trabaja continuamente con el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el mismo que cuenta con una red de atención de 121 unidades de salud militar, particular y de la Red Pública Integral de Salud, logrando una atención médica para afiliados y dependientes en todo el Ecuador (Pazmiño, 2018)

III. OBJETIVOS

1. Objetivo general.

Identificar los estereotipos y prácticas relacionadas con el ageismo, dentro de las representaciones sociales acerca de la vejez, en los profesionales de la salud en un hospital de la ciudad de Quito

2. Objetivos específicos.

Describir el núcleo central y los elementos periféricos en relación a las representaciones sociales acerca de la vejez de los profesionales de la salud en un hospital de la ciudad de Quito.

Caracterizar los conceptos de vejez que surgen por las representaciones sociales de los profesionales de la salud en un hospital de la ciudad de Quito.

Establecer la relación entre el discurso acerca de la vejez y las prácticas de los profesionales de la salud en un hospital de la ciudad de Quito.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño del Estudio.

Se realizó un estudio de tipo cualitativo con diseño etnográfico. Ya que la investigación cualitativa “se enfocó en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Hernández, 2014). Y etnográfico porque pretendió explorar, examinar y entender sistemas sociales así como producir interpretaciones profundas desde la perspectiva o punto de vista de los participantes (Hernández, 2014).

2. Población.

La población en la que se realizó la investigación fue un grupo de profesionales de la salud con experiencia en la atención al adulto mayor que laboran en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1.

3. Muestra.

El muestreo fue de tipo no probabilístico, en cadena (“bola de nieve”) en este caso, se identificaron inicialmente los participantes clave de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se hizo un acercamiento personal individual a los participantes clave, se les informó en cuanto a la investigación, se extendió la invitación a participar en la investigación, posteriormente se indagó en cuanto a otras personas que puedan participar y una vez contactados, los incluimos dentro de los participantes y nuevamente se realizó el mismo procedimiento que se efectuó con los informantes claves hasta completar el número planificado.

4. Criterios de selección.

4.1. Criterios de inclusión.

- Profesional de la salud con experiencia de 10 o más años, atendiendo a adultos mayores.
- Profesional de la salud que provee asistencia a nivel hospitalario y/o consulta externa de adultos mayores.

4.2. Criterios de Exclusión.

- Profesional de la salud que desempeña trabajos administrativos.
- Profesional de la salud que trabaja solamente con niños.

- Profesionales de la salud que no labora en el lugar de la investigación.
- Profesional de la salud que no desee participar

5. Variables.

Tabla 2. Categorías de análisis de las representaciones sociales de la vejez en profesionales de la salud en un hospital de la ciudad de Quito.

CATEGORÍAS	PREGUNTAS
1 Significado de vejez	¿Qué es para usted la vejez?
2 Dimensión cronológica de la vejez	¿A partir de que edad usted considera a la vejez?
3 Dimensión física de la vejez	¿Qué cambios físicos considera propios de la vejez?
4 Dimensión mental de la vejez	¿En cuanto a las capacidades mentales como considera que están durante la vejez?
5 Rol del adulto mayor en la sociedad	¿Cual considera que es el rol del adulto mayor en la sociedad?
6 Rol del adulto mayor en la familia	¿Cual considera que es el rol del adulto mayor en la familia?
7 Dimensión económica de la vejez	¿Cómo considera la economía durante la vejez?
8 Sentimientos durante la atención al adulto mayor	¿cómo se siente usted cuando atiende a un adulto mayor?
9 Información al adulto mayor	¿Piensa que es mas importante informar al adulto mayor o al familiar o cuidador?
10 Estereotipos ageistas negativos	¿Que considera como aspectos negativos de la vejez y de trabajar con un adulto mayor?
11 Estereotipos ageistas positivos	¿Que considera como aspectos positivos de la vejez y de trabajar con un adulto mayor?

Fuente: Marco Teórico.

Elaboración: Mayra Asitimbay.

6. Técnicas y procedimientos.

Luego de identificar las categorías de análisis se formuló una entrevista semiestructurada para la recolección de datos, las mismas que se realizaron con las precauciones necesarias en el contexto de la pandemia por Covid19, en estas se indagó en cuanto a las emociones, experiencias, sentimientos, prácticas y otros aspectos relacionados a la vejez y la atención del adulto mayor.

7. Plan de análisis.

La información que surgió de la guía de entrevista semiestructurada en primer lugar se realizó la transcripción literal de las entrevistas individuales, luego se realizó el

análisis de las ideas núcleo por categorías utilizando la técnica de resaltar cortar y pegar. De cada idea núcleo, se obtuvo un documento de Microsoft Word, que fue ingresado en la aplicación WordCloud, que a partir de la información ingresada, se obtuvo una imagen con las palabras más evocadas en relación a cada una de las dimensiones abordadas sobre la vejez y los estereotipos ageistas y que representa a la totalidad de los discursos de los 30 profesionales de la salud que participaron en el presente estudio. Estas fueron agrupadas para crear un marco explicativo de los fenómenos. Cada discurso se analizó bajo el modelo de análisis de mensajes de Daniel Prieto Castillo.

7.1 Análisis de contenido.

De acuerdo a Daniel Prieto Castillo (1986), el análisis del mensaje rompe con las regularidades y esto se establece con respecto a la información obtenida a través de entrevistas y se debe tomar en cuenta los siguientes procedimientos:

- **Idea núcleo:** Se estima las ideas latentes o frecuentes en una conversación; los sintagmas son palabras muy similares a las ideas núcleo que son recalcados por los participantes dentro del discurso.
- **Modo de predica:** Es de dos tipos y depende de la forma en como se relate; si el informante lo realiza en primera persona, es modo de prédica de acción y si lo realiza en tercera persona, es modo de prédica de estado.
- **Grado de referencialidad:** Equivale a una referencia alta, baja o discordante de acuerdo con la relación que guarda la experiencia con las características del individuo. Es alta cuando el discurso nos acerca lo más posible a las características que el sujeto tiene fuera del discurso y baja, cuando ofrece pocas de esas características y distorsionadas cuando nos dice o nos muestra notas que no corresponden al sujeto.

7.2. Análisis ideológico.

Lo ideológico consiste en el modo de vida propuesto como válido para el sujeto y en lo que este fundamentalmente está predicando. El análisis ideológico pone en juego una escala de valores, una compleja trama de aceptaciones, oposiciones y rechazos,

de esquemas positivos y negativos. No hay mensaje que no posea un carácter ideológico (Curipallo, 2016).

Posterior al análisis del modo de predica y grado de referencialidad de cada paradigma, se realizó el análisis ideológico tomando en cuenta las características del discurso. Hay valores superiores a otros y es a partir de esa diferencia que se pudo juzgar lo que ofrecen los mensajes y categorizarlos de esta forma:

- **Uniacentualidad significativa:** Cuando el mensaje se cierra sobre sí mismo, por medio de redundancias busca dejar en el perceptor una única interpretación
- **Apelación a experiencias decisivas:** Cuando determinada experiencia ha marcado profundamente al individuo de tal manera que interfiere en su mensaje. Se observa una fuerte orientación ideológica determinada por dicha experiencia.
- **Visión Polarizada de la realidad:** Los temas tratados en los mensajes aparecen sin matices. O están en un extremo o están en otro.

8. Consideraciones éticas.

El protocolo de la presente investigación fue aprobado con el código EO-25- 2020, por el Comité de Ética de la Investigación de la PUCE el 3 de septiembre de 2020, con oficio CEI75-2020 del 7 de septiembre de 2020.

V. RESULTADOS

1. Características de la población estudiada

Luego de informar a los profesionales de la salud acerca del estudio, explicar los propósitos y obtener el consentimiento informado, se procedió a realizar entrevistas semiestructuradas a 30 participantes, los cuales fueron seleccionados por técnica de muestreo en bola de nieve.

Tabla 3. Variables demográficas de los profesionales de la salud.

Género			Profesión		
Femenino	12	40%	Medicina	19	63
Masculino	18	60%	Enfermería	9	30
Total	30	100%	Fisioterapeuta	2	7
Edad			Total	30	100%
30 a 39 años	8	27%	Estado Civil		
40 a 49 años	12	40%	Soltero	8	23%
50 a 59 años	10	33%	Casado	19	63%
Total	30	100%	Divorciado	2	7%
Religión			Viudo	1	3%
Católico	25	83%	total	30	100%
Cristiano	1	3%			
Ninguna	4	14%			
Total	30	100%			

Las características demográficas de la población estudiada corresponden a un mayor porcentaje de participantes del género masculino y sobresale la profesión de médico, seguido de personal de enfermería y fisioterapeutas en menor porcentaje. En cuanto a la edad la mayor cantidad de participantes se encuentran en rangos de edad entre 40 y 49 años, seguido del rango entre 50 y 59, y en menor cantidad entre 30 a 39 años. Predomina el estado civil casado y la religión católica.

2. Significado de la vejez.

Figura 3. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre el significado de la vejez.



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2020

Elaboración: Mayra Asitimbay, wordcloud.es

Para los profesionales de la salud entrevistados la idea núcleo predominante sobre la vejez es que esta es la parte final de un proceso que concluye con la muerte. Se encontraron varios sintagmas, los mas relevantes son: que la vejez es una época caracterizada por el declive, específicamente en el ámbito biológico, puede estar determinada por la vida previa que lleva una persona y también que la vejez es una etapa positiva debido a la experiencia y la sabiduría adquirida durante todas las etapas previas de vida.

Se encontró en el análisis del discurso de manera principal un modo de prédica de acción, con alto grado de referencialidad, con una ideología basada en “todo expresado”. Se trata de una representación social consolidada.

“La vejez es una etapa de la vida en la cual nosotros tenemos que tener clara consciencia que la vamos atravesar y la cual debemos programarla para que sea en forma digna y en conjunto, que no sea una cuestión solitaria” (DR02).

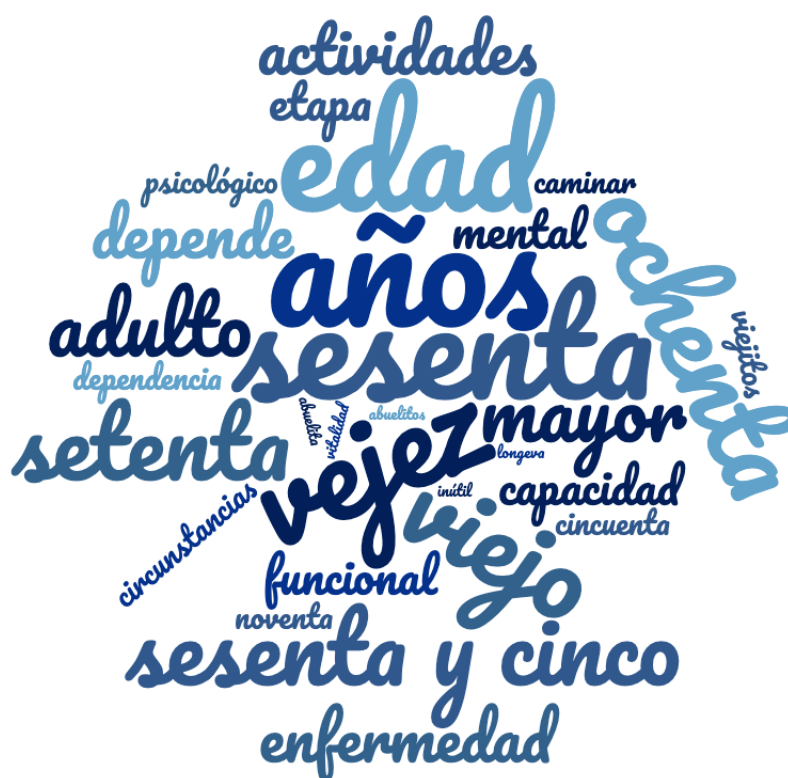
“Es un estado fisiológico del ser humano en el que las funciones cognitivas, funcionales comienzan a tener una disminución por... natural” (DR27).

“Es un proceso natural, un paso mas por el que debemos transitar y un periodo en el cual debemos aprender a adaptarnos a esa nueva situación” (DR15)

“Es un estado en... lleno de experiencia, lleno de bondad, digamos de la gente porque aprendido mucho, ha aprendido a superar problemas triviales, ha aprendido a realizar sus objetivos pero talvez también a plantearse nuevos objetivos pero en un tiempo mas corto digamos creo que ese sería para uno la vejez, un estado prácticamente lleno de sabiduría” (DR14).

3. Dimensión cronológica de la vejez.

Figura 4. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre la dimensión cronológica de la vejez



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2020
Elaboración: Mayra Asitimbay, wordcloud.es

La idea núcleo de esta categoría, es que la vejez se relaciona a una dimensión cronológica caracterizada por una edad mayor a los sesenta años. Los profesionales consultados mencionaron que aunque la vejez esté asociada a una edad, la vejez

también se percibe a través de señales o cambios en una persona, como el deterioro de las capacidades físicas, mentales y la productividad.

Se encontró en el análisis del discurso de manera principal un modo de prédica pasivo, con bajo grado de referencialidad. Con una ideología basada en "todo expresado". Se trata de una representación social en formación.

"vejez, supuestamente después de los sesenta y cinco años" (DR10)

"sesenta y cinco años dependiendo, porque también hay clasificaciones que le toman en cuenta un poco más allá, póngase ya a partir en realidad de unos ochenta años, pienso que si le ponemos un poco de cronología esa sería una edad para decir - ya, esa persona está vieja- porque en realidad pues de acuerdo a la probabilidad de vida como que uno ya ha excedido el promedio, entonces si le ponemos algo de cronología yo le diría unos ochenta por decirlo" (DR14).

"le pondría una edad a la vejez en el momento tal vez, viendo una reducción de las capacidades físicas como lo llaman a partir de los sesenta años pero yo no lo considero así textualmente, tácitamente y puntualmente la edad para mí no va. Yo le pondría los setenta años, porque ahí si le consideramos que la vejez es la persona que necesita la ayuda de alguien" (DR02).

"lo considero más que como una circunstancia orgánica, un proceso mental entendería yo por vejez, el momento en el que mi productividad sería diferente a la habitual, académica, del razonamiento y esas cosas, no tanto por la parte estructural orgánica, sino el que deje de pensar, analizar las cosas, no se, sesenta, setenta, ochenta años, no lo se" (DR15).

“obviamente hay una disminución de la capacidad de los tejidos de resistencia porque es un problema de materiales, fatiga de material, nosotros estamos hechos de materiales, y por lo tanto el paso del tiempo produce como en las estructuras no orgánicas la fatiga de material entonces desde el punto de vista de tejidos existe una disminución de la capacidad de elasticidad de resistencia de todos los tejidos” (DR27)

“Hay cambios cardiológicos por supuesto, emm mayor elasticidad cardiovascular, mayor rigidez cardiovascular, mayor rigidez o elasticidad ventricular, incapacidad de relajamiento, rigidez articular, tendencia a mayor enfermedad o desarrollo de enfermedades propias de la vejez, entre ellas la demencia senil, la hipertrofia de próstata, cambios en la condición y actividad sexual, cambios obviamente en la elasticidad de la piel” (DR04).

“por ahí va el asunto de la disminución de la reserva fisiológica, imagino yo que la disminución de resistencia al ejercicio, o básicamente la disminución en la reserva fisiológica de cualquier órgano podría ser buen indicativo ya de vejez, ya no tener la capacidad de trotar la misma distancia, escalar la misma altura, o realizar los mismos ejercicios que se realizaban antes, orgánicamente hablando” (DR15).

“para mi hay cambios físicos, pienso que básicamente no poder, no tener la misma actividad física, perdón la redundancia, la misma actividad física que antes teníamos, por decirte hacer deporte o sea no puedes, con la edad no puedes pegarte un partido de básquet, un partido de futbol, ya te cansas, no puedes hacer muchas cosas que cuando eras joven podías hacerlo” (DR25)

círculos sociales incluido el ámbito de la salud, promoviendo el rechazo ya que son vistos como una enfermedad y no como una persona.

“la sociedad y como le considera la sociedad al adulto mayor porque ese es el problema, la sociedad lo margina al adulto mayor, hay una ley que dice de la protección del adulto mayor pero eso ni siquiera nosotros que somos salud lo conocemos bien o sea la sociedad en si, nosotros como sociedad en conjunto le marginamos, le limitamos y no sabemos aprovechar lo que ellos tienen la experiencia, la sapiencia, todo” (DR02).

“dentro de la sociedad también sería lo mismo, sin embargo, nosotros vemos que un poco como que se les relega, ya por esto mismo de que de pronto las facultades físicas, intelectuales llevan su curso en deterioro, pero si se observa eso como una restricción” (DR09).

Otro círculo social mencionado es la familia y se menciona el abandono por parte de los familiares cuando los adultos mayores son ingresados a una institución de salud.

“la sociedad no les toma en cuenta prácticamente o sea ya llegan a su adultez y todo eso y lo que hacen es aislarles prácticamente de la familia y ya no comparten con ellos, eh algunos optan por dejarles en los asilos de ancianos y allá vean como se defienden, porque no les toman, o sea ya no es algo importante dentro de la familia, pero yo creo que eso no debería ser así” (DR04).

Se menciona también la disminución en la capacidad de producir y trabajar que los hace dependientes de los demás. Se menciona que tienen un papel muy poco importante ya que son vistos como una carga y un gasto para la sociedad.

“un adulto mayor no va a tener la misma posibilidad de laborar y eso si es evidente, por ejemplo y a veces a uno mismo le pasa, si usted quiere por ejemplo contratar una persona para que le cuide la casa o que le cuide sus niños, usted le va a ver adulto mayor y probablemente no le de el trabajo, ¿por qué razón? Porque dice – nooo, de pronto vaya a pasar algo - , - de pronto esté enfermo, se vaya a caer - -que la seguridad social, que no va poder hacer tal o cual tarea – etcétera, entonces le limitan mucho, yo creo que si se ve en la sociedad se ve, es suficiente salir a la calles, a los supermercados todo lo demás, entonces usted puede ver bastante gente, digamos, adulta mayor, digamos muchas veces en abandono, ¿no?, ajá entonces el abandono,

usted vaya por la plaza grande, yo voy por ejemplo los domingos en la bici paso por la plaza grande, se ve un montón de adultos mayores ahí que no están haciendo nada, que no hay actividad, entonces como que en la sociedad algo se les aísla, ajá, entonces en ese sentido digamos ha perdido mucho, veo que pierde mucho, mucho rol en lo que es la sociedad” (DR14).

“una carga, me parece o sea yo veo que cuando uno es viejito como que es una carga, hay los sesenta y piquito, me parece que no saben donde ponernos a los viejitos (risas) yo incluso pienso, digo que los viejitos son una carga porque si no lo fueran pudieran ellos también trabajar, pero ya no están para trabajar... la sociedad los tiene como una carga como algo que esta estorbando, yo lo veo así” (LC24).

“la sociedad le califica como persona que ya dio de todo su poder, de cómo se llama esto, de producción, y mas la consideran hasta cierto punto como un gasto para mantener a esa persona en la sociedad, ya no interactúa mucho pero claro en una sociedad debe proteger a ese personal, porque así mismo ya dio todo su esfuerzo, su contingente, a la producción de la sociedad” (DR28).

El análisis del discurso tiene un modo de prédica de acción y un alto grado de referencialidad y se basa en la ideología de apelación a experiencias decisivas, esta sería una representación social consolidada.

7. Rol del adulto mayor en la familia.

Figura 8. Mapa de palabras y representaciones sociales sobre el rol del adulto mayor en la familia



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2020

Elaboración: Mayra Asitimbay, wordcloud.es

La idea núcleo predominante en esta categoría es que el adulto mayor dentro de la familia es muy importante y un eje central. Se mencionan cualidades positivas como la capacidad de los adultos mayores para unificar la familia, el legado de la experiencia y consejo para los miembros de la familia.

El análisis del discurso tiene un modo de prédica de acción y un alto grado de referencialidad, el análisis ideológico se basa en la apelación a experiencias decisivas cuya representación social es consolidada.

“yo en mi caso le veo al adulto mayor de mi casa como el eje de mi familia entonces yo le tengo mucha consideración a ellos, estoy atento de ellos, cuido de ellos y todos y ellos a su vez se sienten más útiles, ellos también pueden emitir criterios pueden emitir pensamientos, pueden hacer peticiones y pueden dar recomendaciones” (DR02).

“el rol del adulto mayor en la familia, creo que es un eje fundamental, ele, sobre todo con... digamos aquí al menos en nuestro país, en nuestra sociedad es mas patriarcal o matriarcal, entonces nuestras familias tienen como eje el papá, la mamá, los abuelos a veces no tanto pero mas el padre, madre, entonces no se ha perdido ese poder que tienen ellos, en unir a la familia, en mantener a los hijos, a los hermanos, a los nietos juntos, no creo que se han podido perder, sobretodo en nuestra sociedad eh lo que si se ve es que cuando uno de ellos o los dos faltan, hay disgregamiento familiar” (DR14).

“el rol del adulto mayor en la familia, ahora si, que como yo tenía mi abuelita pero como falleció creo que es muy importante porque como adulto mayor como que mmmm no se, como que tenía mas unida a la familia, ahora como falleció mi abuelita hora no... yo creo que es muy importante, porque eso le digo como experiencia mi abuelita falleció y toda mi familia como que se desperdigó por todo lado entonces es muy raro ahora que se reúnan” LC20

“el rol de la experiencia o sea yo pienso que el adulto mayor es un dechado de actividades previas que de alguna manera nos tiene que hacer entender a nosotros que la experiencia si hace ciencia, por lo tanto uno debe estar con los oídos abiertos a las explicaciones de las situaciones pasadas, porque siempre decimos nosotros, el que no lee la historia tiene toda la posibilidad de volver a repetir el mismo error, por lo tanto pienso que nosotros debemos aprender mucho de los adultos mayores” (DR27).

“yo creo que es un eje, creo que es un eje en la mayoría de los aspectos que deja a ese núcleo familiar, o si bien al núcleo familiar un poquito extendido quizás o a sus propios descendientes, me parece que el rol es lo que ellos han desarrollado, han ido elaborando durante toda su vida de dejar a sus hijos, a sus nueras a sus nietos, el tema de los valores, el tema de la disciplina, el tema de la honradez, me parece que eso es una secuencia muy importante que ellos dejan, me parece que el rol y el eje que ellos dejan respecto a ese tipo de situaciones, a mi me parece espectacular y eso yo creo que hay que resaltar todos y a parte con ese rol que deja, el cariño y esa interacción que ellos mismo se lo van ganando, por tanto cumplen un rol de interacción familiar importantísimo”(DR29).

sus hijos pero los hijos tampoco es que estén cien por ciento apoyándoles o brindándoles atención o dándoles lo económico, entonces si hay bastante afectación en lo que es eso, y pues hay personas que no tienen ni para comprar su medicación y esperan lo que es la afiliación que han ido haciendo en el transcurso de su tiempo pero si por ejemplo en nuestra situación si nosotros le cambiamos de medicación, una que no se esté expendiendo en el hospital, ellos no tienen su sustento, o sea les afecta mucho ya en la adultez en la vejez la economía” (DR05)

“el viejito ya no trabaja, la persona mayor depende de una pensión si la tiene, ehh muchas veces no es suficiente, depende mucho entonces del resto de la familia, en algunos casos, ¿no? En otros casos no, pero la mayoría si depende de la familia, y eso lo hace dependiente de la familia, entonces ya no tiene ese papel preponderante en la familia, que siempre tuvo y eso trae problemas” (DR11)

“algunos adultos mayores sufren en el aspecto económico porque no les alcanza para mantener o comer lo básico y peor aun cuando hay hijos indolentes, que no se duelen de ellos que a pesar de que tienen buenos trabajos, no colaboran con ellos, no les dan un centavo y peor aun he visto hijos que viven de los padres, del adulto mayor, que viven en las mismas casas y ellos no trabajan, entonces consumen lo poco que ganan de la pensión, de la jubilación los adultos mayores, eso consumen también algunos hijos de cincuenta, sesenta años que viven en las casa y no aportan con nada, entonces el aspecto económico en muchos adultos mayores se ha visto muy deteriorado y es doloroso ver porque ellos no pueden alimentarse bien, prefieren dar y comprar para los hijos que alimentarse ellos, entonces el aspecto económico, se transforma en desnutrición en los adultos mayores” (DR30).

“uno ve las condiciones en que viven, las condiciones económicas, finalmente ehh, ellos por su estado mismo de vejez, ehhh y también por de pronto por, repartir sus bienes, ¿no?, entonces no se les ve que económicamente ehh tenga, se mantengan porque muchas veces pues la jubilación que ellos tienen no les va a alcanzar y se ve que viven en precariedad, entonces como yo diría pues la mayoría de la gente lo ve de pronto de esta manera, tienen es para comer, para el día a día, pero no mas y eso de pronto los que tienen seguridad social o los que tienen alguna renta, porque de ahí el resto que es la mayoría pienso que prácticamente viven de la buena de Dios” (DR14).

Para los profesionales de la salud entrevistados, la idea núcleo predominante sobre los sentimientos durante la atención al adulto mayor son negativos y se centran en la tristeza ocasionada por la forma en como se ve al adulto mayor en la sociedad, como un ser rechazado por la familia, abandonado, susceptible de enfermedades, problemas psicológicos. El temor e incomodidad ocasionados por ver al adulto mayor como un conjunto de problemas que suponen una dificultad para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, se menciona que su fragilidad produce incomodidad ya que supone un límite para ciertos tratamientos y que por el hecho de ser mayor pueden ser muy agresivos.

En cuanto al análisis del discurso, se identifica un modo de prédica de acción con alto grado de referencialidad, el análisis ideológico se basa en la apelación a experiencias decisivas, es una representación social consolidada.

“Me da pena le cuento ehh porque las condiciones que uno espera encontrar no son las adecuadas, ele, se ve bastante a veces, abandono, elee, o al revés, entonces abandono en el sentido en que la familia no le ve, o segundo también es como que el paciente adulto mayor a veces no se cuida por eso también es muchas veces porque no hay emm quien de pronto, quien lo guie, a veces ya tiene comorbilidades entonces todo el mundo se queja de que no cumple, que no hace caso” (DR14).

“Nostalgia, porque digo chuta todos vamos a llegar a esa edad y no sabes si vas a salir o no a la final. Yo no he atendido solo adultos mayores aquí, sino adultos mayores ambulatorios que es muy diferente, por ejemplo, aquí el manejo es mucho más nostálgico para mi, porque tu sabes como es este paciente” (FT01).

“Me da un poco de temor porque siempre se suman ya varias comorbilidades eso sería principalmente en el caso específico de la especialidad y también en el diagnóstico ¿no? porque no es la misma respuesta, entonces yo si siento un poquito de temor al enfrentar porque sea que sale bien de la cirugía, pero puede tener alguna comorbilidad y eso ya nos hace un poquito mas a estar pendientes, alertas” (DR09).

“Me hace sentir, me hace sentir incómodo, en sentido porque puedo ver la fragilidad de ellos, me hace sentir su fragilidad, veo su fragilidad y me siento incómodo, porque mi profesión, mi especialidad está dirigida realmente para quizás ser, a veces ser, como lo puedo decir ehhhh, quizás ser muy incisivo en la asistencia, requiere soportes

a entender lo que está sucediendo con el y que debe ser parte activa para decidir en su diagnóstico y tratamiento.

Se encontró en el análisis del discurso de manera principal un modo de prédica de acción con alto grado de referencialidad en base a apelación a experiencias decisivas, cuya representación social es consolidada.

“Yo creo que si es muy importante hablar con la persona que le cuida para que sepan prácticamente como son las indicaciones, como debe llevar su mediación porque hay bastantes adultos mayores que no nos comprenden, oohh tal vez a veces nos dicen - si, si, si, si- pero al fin y al cabo llegan a su casa y no toman la medicación o toman de diferente forma, a veces se saltan un día entonces la persona que les cuida o que está al cuidado de ellos, es muy importante la comunicación porque hay la mayoría de personas que se encargan de ver las prescripciones, todo lo que tiene que hacer o regresar a la consulta externa, los exámenes porque hay bastantes pacientes que ya no vuelven, o vuelven pero sin haberse hecho los exámenes, porque no se recuerdan, o sea dicen -es que me olvidé- -es que se me pasó el turno- y cosas así, entonces es muy importante que vengan con alguien siempre, siempre, porque el va a ser nuestro portavoz, nuestra... el que va ayudarnos” (DR03).

“A veces evitas esa conversación con el adulto que puede tomar más tiempo, que puede ser mas difícil, y cuando ellos están enfermos expresan al menos, cuando están graves o están críticos, no expresan su dolor, su malestar de una manera clara, hay algunos cambios que se dan en la parte neurocognitiva de ellos, en la parte grave, en la parte critica, entonces siendo sincero es mas fácil a veces hablar con el familiar o con la persona que esta relacionada sobre todo creo que es por cuestión de tiempo, es mas fácil creo yo” (DR12).

“el cuidador tiene un rol bien importante en el cuidado del adulto mayor porque el adulto mayor que viene a la consulta a veces tiene muchas deficiencias visuales o auditivas o ya tiene deterioro cognitivo, tiene demencia, entonces yo tengo que explicar a alguien como tiene que tomarse la medicación, entonces sucedió que un paciente que le prescribí la medicación, el se estaba tomando como el entendió, pero estaba mal, estaba causándole efectos secundarios, entonces me llamaron los familiares y les pregunto -¿si se esta tomando así?- y -no, mi papá se esta tomando de otra forma- entonces el cuidador cumple un rol muy muy importante, especialmente en la toma de la medicación y en algunos pacientes que son dismóviles, es decir que no pueden

trasladarse de un lugar a otro o que no pueden cumplir sus actividades básicas instrumentales de la vida diaria, el cuidador tiene que ayudarles, entonces es muy importante que en la consulta nosotros conversemos con ellos y les expliquemos bien a ellos, y escribamos bien los médicos la letra para que ellos no tengan confusión al leer la prescripción nuestra”(DR30).

“si el adulto mayor está en condiciones de entenderme y está lúcido yo pienso que hay que hablar con el primero y luego con el cuidador” (DR08).

“Creo que hay que hacer las dos cosas, hay que hablar con el cuidador porque es la persona que esta a cargo de él, pero hay que hablar también con la persona mayor aunque cueste trabajo, porque participa en el tratamiento, si no le dices nada -abuelo tienes que tomarte esta tableta- -pero a mi el médico no me dijo nada- -no, pero no- y a veces tengo unos que no oyen nada, nada, entonces hay que explicárselo todo despacito, al oído” (DR11).

“Pienso que es necesario las dos cosas, pienso que el paciente adulto mayor tiene derechos, tiene derecho a entender lo que le está sucediendo, no es un ente que simplemente hay que arreglarlo, no, es un ente al que hay que explicarle y tiene que aceptar, pero para poder hacer esto el entorno social debe ser manejado de forma adecuada y eso significa una explicación activa, con un consentimiento informado activo... para que ellos también puedan influir de forma positiva en la aceptación o negación” (DR27).

medicación o vienen porque la vecina del curandero le dijo que el médico le ha dado mal las pastillas o sea cosas así ¿no?” LC03.

“Hay muchos pacientes que tienen enfermedades como el Alzheimer que uno se le dijo una cosa y al minuto se olvidó y están haciendo otra cosa, podría ser eso las enfermedades que a ellos ya les van aquejando a veces no quieren esperar, son impacientes” LC03

“se vuelven como niños que no tienen la misma capacidad de desenvolvimiento que nosotros los jóvenes, uno se puede ir a bañar, cambiar, vestirse, con agilidad, ellos ya no, ya no tienen ese equilibrio para irse a bañar solos, o sea vestir solos, entonces siempre tiene que estar alguien ahí apoyándolos”(LC06).

“ya no tienes la capacidad de recuperarte como un niño, la capacidad de reconocer a tu familia, que no tengas la capacidad de acordarte, que no tengas el apoyo familiar, que tengas una enfermedad curable pero por falta de recursos económicos no te permite dar una atención y termines obviamente en la vejez con estadios avanzados que nadie concientice la nutrición en el anciano, que no haya programas de atención estatal al anciano, nos dedicamos a los niños y a la mujer embarazada, y no nos preocupamos por esa, por ese camino al cual todos vamos a llegar” DR04

“la reserva fisiológica ya no es la misma, en esas circunstancias las probabilidades de que responda como lo hace alguien mas joven es menor, entonces eso podría ser una limitante que preocuparía mucho, hemos visto a gente que... con hemorragias moderadas a la cuenta de unos tres, cinco, siete días, fallecen, porque su reserva es diferente a la de alguien de la mitad de edad, entonces si influye mucho y eso yo lo veo como un problema bastante grande, lo otro lo estructural, lo otro el componente emocional o psicológico, de alguna forma es... se puede salvar esa limitante porque pues claro hay medicamentos y en definitiva si es que el tiene amnesia, si tiene Parkinson, si tiene eh eh Alzheimer, lo que sea, eso es algo que no lo va a llevar a la muerte de forma inmediata, resolveremos su problema de vía biliar, su neumonía y el continuará con su manejo, entonces claro si es que está en capacidad de responder a la exigencia que la enfermedad aguda exige” (DR15).

“la sociedad y la salud casi no les toman en cuenta, ahora que hace unos años apareció sesenta y piquito y que de alguna forma la gente trata de ayudarlos pero creo que no, la sociedad siempre piensa que gasta dinero y no regresa ese dinero porque son gente no productiva” (DR25).

Para los profesionales de la salud entrevistados la idea núcleo en esta categoría es la idealización de la experiencia en el adulto mayor, al ser una persona que ha vivido más tiempo se le atribuye por este motivo que es un ser dotado de sabiduría que puede ser un legado de aprendizaje y estar dotado de características positivas como la gratitud, calidez, consideración, paciencia.

En el análisis del discurso se identifica un modo de predica de estado, con bajo grado de referencialidad, en cuanto al análisis ideológico con predominio de consignas de interpretación y apelación a experiencias decisivas. Se trataría de una representación social en formación.

“Son gente de mucho conversar, son gente de mucha experiencia, son gente que les gusta que los escuchemos, son gente que tiene mucho amor” (DR04).

“el aprendizaje, la experiencia, lo que uno gana con ellos mientras ve en pequeñas cosas, incluso en ciertos detalles que ellos tienen y saben cuando actuar” (DR08).

“cuando tu hablas con una persona viejita aprendes, no sé ella pero yo aprendo tanto, mi papi siempre me sale con refranes que yo en mi vida, ni en la escuela he escuchado” (FT01).

“cuentan experiencias, muchas experiencias, inclusive he llegado a tener pacientes que le animan o sea le enseñan sus experiencias o sea como le puedo decir, le cuentan cosas, como le puedo decir, esta palabra, o sea la enseñanza, es lo más bonito que ellos le indican” (LC18).

“son agradecidos, el cariño que nos dan, lo que nos cuentan sus experiencias ver como antes existía el amor puro, sincero, la maldad que no existía como ahora la hay o sea es bonito ver eso, ver las parejas de antes de que están hasta viejitos, y yo me quiero quedar con mi esposito, con mi esposita, digo pero ya están viejitos no puede quedarse” (LC06).

“es muy agradecido, no tanto la respuesta a veces a los tratamientos se agradece mucho, el viejito nunca está apurado, el viejito siempre tiene tiempo, aunque tu no tengas, el siempre... no tiene nada que hacer, entonces la forma en que te transmiten también experiencias” (DR11).

“tienen una mayor calidez con el equipo médico, son un poquito más considerados la gran mayoría, como le digo el trato, la afectividad, en ocasiones son pacientes que por a o b sus familiares no están allegados, entonces creo que incluso hacen como una especie de empatía mas fuerte acá, y en ocasiones hasta no se quieren salir con el alta”

(DR09).

Tabla 4. Resumen de las representaciones sociales de los profesionales de la salud

Nº	Categorías	Ideas núcleo	Modo de prédica	Grado de referencialidad	Ideología	Tipo de representación
2	Significado de la Vejez	Parte final de un proceso que concluye con la muerte	Acción	Alto	Todo expresado	Consolidada
3	Dimensión cronológica de la vejez	Más de 60 años	Pasivo	Bajo	Todo expresado	Formación
4	Dimensión física de la vejez	Hay deterioro de un sistema o mecanismos fisiológicos	Acción	Alto	Todo expresado	Consolidada
5	Dimensión mental de la vejez	Las capacidades mentales están disminuidas en el adulto mayor. Hay disminución de la capacidad mental por enfermedad	Pasivo	Bajo	Uniacentualidad significativa	Formación
6	Rol del adulto mayor en la sociedad	El adulto mayor es una persona relegada dentro de la sociedad	Acción	Alto	Experiencias decisivas	Consolidada
7	Rol del adulto mayor en la familia	Es parte importante dentro de la familia, el eje central.	Acción	Alto	Experiencias decisivas	Consolidada
8	Dimensión económica de la vejez	La economía durante la vejez está deteriorada	Pasivo	Alto	Experiencias decisivas	Consolidada

9	Sentimientos durante la atención al adulto mayor	Sentimientos negativos de tristeza, temor, incomodidad	Acción	Alto	Experiencias decisivas	Consolidada
10	Información al adulto mayor	La información debe darse al cuidador La información debe darse al adulto mayor y al cuidador	Acción	Alto	Experiencias decisivas	Consolidada
11	Estereotipos negativos	El adulto mayor se caracteriza por déficit biológico, psicológico y social	Acción	Alto	Experiencias decisivas	Consolidada
12	Estereotipos positivos	Idealización de la experiencia del adulto mayor	Pasivo	Bajo	Consignas de interpretación y experiencias decisivas	Formación

VI. DISCUSIÓN.

En cuanto a la representación social del significado de la vejez se encontró que la mayoría de los profesionales de la salud piensan que la vejez es una etapa final de la vida, caracterizada por el declive en el ámbito biológico y este deterioro puede estar regulado por las acciones en épocas previas de la vida, también se menciona que es una época en que se ha adquirido experiencia con el pasar de los años y con ello también se ha alcanzado sabiduría y que por lo tanto este proceso puede diferir en cada persona.

Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado acerca de la autopercepción del envejecimiento en el que se considera a la vejez como un proceso de carácter multidimensional y multidireccional en el cual distintos factores pueden influir de diferentes formas y puede seguir múltiples direcciones ya sean positivas como la sabiduría y negativas como el deterioro a nivel biológico (Steverink et al., 2001). Existen autores que mediante diversos estudios acerca del balance de ganancias y pérdidas a lo largo del ciclo vital, denominan a la vejez como una época en donde existe variabilidad individual en relación a la estabilidad y declive (Baltes & Baltes, 2010).

Con lo que respecta a la dimensión cronológica de la vejez, por parte de los profesionales de la salud se menciona que aunque la vejez se asocia a una edad mayor a los sesenta y cinco años, esta se percibe por medio de cambios en la persona, generalmente asociados a deterioro de las capacidades físicas, mentales y disminución de su nivel de productividad.

De igual forma en un estudio realizado en España acerca de las creencias referidas a la vejez, la mayoría de la población estudiada que fueron jóvenes mayores de 18 años, piensan que a partir de los 65 años de edad se produce un fuerte deterioro de la salud (Fernández-Ballesteros, 2004). Se menciona en otro estudio que a pesar de que muchas personas mayores se encuentran aceptablemente íntegras tanto física como psíquicamente se produce un estereotipo "cronológico" asentado en el criterio de que el envejecimiento puede relacionarse a una visión negativa y al número de años vividos, a pesar de que muchas personas mayores se encuentran aceptablemente íntegras, llevando a una discriminación por la edad que puede impedir a las personas mayores alcanzar la felicidad y productividad total (Carbajo Vélez, 2009).

También se encuentra en una revisión sobre de la conceptualización del proceso de envejecimiento en México, se menciona que a menudo se designa a las personas mayores utilizando una referencia de edad cronológica y que al adulto mayor suele “etiquetársele” como un miembro disfuncional de la vida activa y productiva (Zetina, 1999).

En lo que respecta a la dimensión física de la vejez los profesionales de la salud expresan que durante la vejez los cambios físicos se relacionan generalmente con deterioro en el funcionamiento de los sistemas orgánicos, dentro de los cuales hacen mayor referencia al sistema cardiovascular, osteomuscular, y cambios en los tegumentos como la piel y la aparición de canas. Además resaltan los efectos de estos cambios sobre la capacidad para movilizarse para continuar haciendo sus actividades y la disminución de resistencia.

Esta asociación de la vejez, al declive en sistemas orgánicos y mecanismos fisiológicos, se encuentra relacionada con una de las teorías biológicas del envejecimiento, a saber la teoría fisiológica que explica el envejecimiento por el deterioro en el funcionamiento de algún sistema orgánico o en sistemas de control fisiológico esenciales para la vida, que al deteriorarse tiene consecuencias negativas en la vida del individuo (Santacreu, 2019).

En un estudio realizado en Colombia acerca de los estereotipos en relación a la vejez, sus participantes mencionaron que cuando se llega a la vejez las personas son arrugadas, canosas y comienzan a bajar de estatura, estereotipos que erróneamente sólo se asocian con un momento específico de la longevidad y no de toda la etapa de la vejez (Cerquera et al., 2010).

Hay un resultado similar en un estudio cualitativo descriptivo realizado en Barcelona, acerca de la vivencia de la vejez, en la que los participantes mencionaron que los principales cambios experimentados se relacionaron con la debilidad física y el cansancio sobre todo a la hora de caminar, mencionan que con la vejez se siente cada día mayor debilidad en comparación con la fuerza que tenían en la edad adulta (Benini, 2020).

Acerca de la dimensión mental en la vejez los profesionales de la salud mencionaron que durante la vejez hay disminución de la capacidad mental *per se*, que abarca procesos de memoria y razonamiento y que también puede haber un deterioro por presencia de enfermedades como Alzheimer y no solamente como producto de la vejez.

En un estudio realizado en España, se asocia la vejez con la disminución de capacidades mentales con deterioro cognitivo, dificultad para aprender cosas nuevas y/o resolver problemas, con una mala calidad de vida emocional y con deterioro de la personalidad (Pelet, 2016). Estableciendo esto como una imagen social que puede llegar a convertirse en un estereotipo que la sociedad suele rechazar.

De igual forma en el estudio realizado por Cerquera et al. (2010) señala que las personas piensan que durante la vejez se hace imposible aprender cosas nuevas como consecuencia de su desgaste cognitivo y que además depende del ejercicio o el entrenamiento cognitivo que se haya tenido en edades anteriores; y consideran que cuando se llega a este momento del ciclo vital, se presentan algunas lagunas mentales asociadas al funcionamiento de la memoria. Además se identificó que los adolescentes asocian la expresión vejez con personas a las que “se les olvidan las cosas”; aunque al llegar al momento de la longevidad no representa problemas de memoria, si se evidencia el deterioro normal dado por el envejecimiento (Cerquera et al., 2010).

Es importante señalar en relación a esto que se trata de un estereotipo de la vejez, asociar a esta con un inevitable declive en el funcionamiento cognitivo e inteligencia. Baltes y Schai fueron dos autores que con gran énfasis y mediante su estudio longitudinal en 1956, demostraron y rechazaron la idea de que la vejez se asocia al deterioro y declive (Santacreu, 2019).

Otro punto es el rol del adulto mayor en la sociedad, en la que los profesionales de la salud, mencionan que el adulto mayor se encuentra relegado socialmente, y que han sido marginados por presentar restricciones físicas, que generalmente es abandonado por su familia en instituciones de cuidado por la disminución de su aporte o por presentar enfermedades físicas y mentales.

Cerquera, en su estudio, determinó que los adultos jóvenes y adolescentes también asociaron la imagen de la vejez con el abandono en instituciones de albergue puesto que son considerados por los hijos, como personas que causan incomodidad y molestias en la familia. (Cerquera et al., 2010).

De igual forma en una revisión narrativa, acerca de estereotipos sociales e inserción del adulto mayor, se identificó que el adulto mayor es visto como un ente socialmente inactivo, en el que se describe al adulto mayor con la imagen de la jubilación como un momento de ocio de la vida, asociado al estereotipo del adulto mayor como una persona inútil, mentalmente incapaz y con una pérdida de recursos sociales. Además se mostró una impresión de una progresiva desvinculación social de los adultos mayores, calificándolos como: «marginados», «desvalorados socialmente», «ciudadanos pasivos» e «improductivos» (Aguayo & Nass, 2013).

En lo que concierne al rol del adulto mayor en la familia se percibe una ideología contraria a la mencionada en el rol a nivel de la sociedad en general, ya que en esta categoría los profesionales de la salud mencionan que el rol del adulto mayor dentro de la familia está caracterizado por cualidades positivas, en la que resalta la capacidad para unificar a la familia, y el legado de experiencia y consejo.

De igual manera en un estudio cualitativo acerca del proceso de enfermería en familias de adultos mayores se pudo verificar que aunque la socialización del adulto mayor es precaria con la sociedad fuera del círculo familiar, esta se encuentra fortalecida dentro de la familia, gracias al contacto con sus hijos y nietos (D. Parra et al., 2016). También se menciona en otro estudio que por parte de la sociedad existe desvalorización social de la adultez mayor por una idealización hacia los/as jóvenes, sin embargo, en la familia existiría una revalorización de la "abuelidad" (Belsky, 1996).

En el siguiente punto la respuesta de los profesionales de la salud fue que la economía durante la vejez se encuentra deteriorada, se relaciona a la vejez con un estado no productivo en el que ya no puede ejercer trabajos por estar asociada a esta etapa de enfermedad y deterioro además presenta dependencia económica de familiares y de la una jubilación mal remunerada que no es suficiente para gestionar los gastos relacionados a la salud en declive.

Esto se relaciona de forma similar con lo que menciona Martín García, (2000) en su análisis sobre la imagen de la vejez, en el que se percibe la vejez como un período de pérdidas y ensimismamiento personal progresivo y al adulto mayor como una categoría social inferior, constituida por individuos improductivos y poco comprometidos con el desarrollo de la comunidad, con dificultades de adaptación a los rápidos cambios y a la evolución social y que supone por tanto una carga para el conjunto de la sociedad. Presentando a la vejez como una etapa con serios problemas económicos y de adaptación y en consecuencia, con importantes índices de dependencia hacia los demás (familia, servicios de asistencia pública, pensiones...) dependencia que es aún más acusada en la cuarta edad, en la llamada por algunos como ancianidad profunda (Martín García, 2000).

En lo relativo a los sentimientos que expresan los profesionales de la salud durante la atención a los adultos mayores, resaltan los sentimientos de tristeza por el adulto mayor al ser visto como una persona vulnerable en el ámbito biológico, psicológico y social, además el sentimiento de temor e incomodidad por la fragilidad del adulto mayor que supone para ellos un límite en relación a ciertos tratamientos que consideran agresivos.

Según algunas revisiones se menciona que los sentimientos que se expresan, generalmente influyen sobre las preferencias personales y esto a su vez en los procesos de decisión y, por lo tanto, no es sorprendente que las elecciones de las personas estén fuertemente influenciados por sus emociones y sentimientos (Finucane et al., 2002). El proceso de decisión a su vez puede provocar emociones negativas, por lo tanto las decisiones parecen provocar más emociones negativas cuando el número absoluto de características negativas es alto (Houston et al., 2001).

En algunos estudios se menciona que de acuerdo como el profesional de la salud endosa estereotipos negativos sobre sus pacientes, esto puede influir mucho sobre la salud y la calidad de cuidado de los adultos mayores (Aguayo & Nass, 2013). De igual forma en otro estudio se menciona que los estereotipos de fragilidad del profesional de la salud en relación al paciente adulto mayor pueden resultar en una importante amenaza en los contextos sanitarios y clínicos, limitando el acceso a muchos servicios sanitarios, por el simple hecho de ser mayor (Ory et al., 2003)

De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto la entrega de información al adulto mayor, los profesionales de la salud piensan que toda la información se debe dar al cuidador ya que asumen que el adulto mayor no comprende las indicaciones por el hecho de ser adulto mayor, por la presencia de deterioro de órganos sensoriales en especial de la visión y el oído, este tipo de conductas se pueden traducir por parte del adulto mayor como falta de respeto que afecta el desarrollo de su autonomía.

En el estudio "Missing Voices" realizado por la Organización Mundial de la Salud, refleja cómo las actitudes sociales se visualizan en la falta de respeto dentro del sistema de salud:

La falta de respeto es la forma de maltrato más dolorosa identificada por los adultos mayores en todos los países. Si bien los informes incluían algunas historias dramáticas de abuso físico y negligencia, estaba claro que una actitud de falta de respeto hacia los adultos mayores es universal. (Organización mundial de la salud, 2002, p.13).

Martín. (2016) menciona en su trabajo sobre representaciones y significados acerca de la vejez que el estereotipo de la senilidad asociado a la dependencia, suscita en los profesionales un trato paternalista caracterizado por el uso de un lenguaje infantilizante hacia las personas ancianas y estas actitudes hacen referencia a las conductas que los mayores a veces adoptan, semejantes a las de los niños a modo de profecía autocumplida.

En relación a los estereotipos negativos los profesionales de la salud caracterizan a los adultos mayores por ser personas con declive en el aspecto biológico, psicológico y social, representados por la presencia de enfermedades tanto físicas como mentales, además son vistos como niños con dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, consumidores y que no pueden producir.

Resultados similares se observan en diversos estudios sobre estereotipos de la vejez, en los cuales mencionan que la percepción social sobre las personas mayores es básicamente negativa. La sociedad moderna, que sustenta valores orientados a la fuerza y la conquista de riquezas presenta a la vejez cada vez más como un producto de desecho (Gascón, 2015).

Rodríguez. (1989) menciona que las interpretaciones negativas y peyorativas de la vejez que son las más comunes, inciden en el deterioro de la persona mayor desde diversas perspectivas como la cronológica, la biológica o de salud, la psicológica o personal y la sociológica o comunitaria.

Carbajo. (2009), señala que en los estereotipos en relación a lo biológico se considera al envejecimiento como involución, senilidad y contribuye a una visión de la vejez como etapa vital cargada de achaques físicos, con enfermedades y trastornos psicofisiológicos y por lo tanto, como etapa de permanente asistencia médica en casas de salud y hospicios desde la perspectiva de la cercanía de la muerte. Pero no es infrecuente ni excepcional encontrar adultos mayores sanos y con energía física. Aunque hay estudios que han determinado de forma subjetiva y objetivamente que la salud se va deteriorando con la edad, no se deteriora brusca y dramáticamente y es totalmente falso que a partir de los 65 años se produzca un deterioro fuerte de la salud que lleve directamente a la incapacidad (Carbajo, 2009).

En un estudio de la Universidad de Bucaramanga, se realizó un estudio para identificación de estereotipos acerca de la vejez, en donde se encontró que personas de mediana edad, tienen la creencia de que el adulto mayor es una persona solitaria e incapaz de entablar una relación favorable, debido a su incapacidad para realizar actividades que impliquen el desplazamiento al momento de recrearse (Cerquera et al., 2010).

Finalmente, de acuerdo a los estereotipos positivos en el grupo de profesionales de la salud, se presentaron en forma de creencias idealizadas principalmente en torno a la experiencia, el conocimiento y la sabiduría inmersa en ello, además de sentimientos idealizados de amor, gratitud, cariño y empatía.

En un estudio realizado en Chile acerca de las Representaciones Sociales de la Adulthood Mayor se encontró que existe valoración positiva hacia la adultez mayor, con aspectos relacionados a la transmisión de conocimientos y experiencia debido a su sabiduría, por lo que pueden actuar como consejeros/as hacia los/as más jóvenes. Desde el punto de vista social los/as jóvenes reconocen a las personas mayores como un cimiento para la sociedad, actuando como memoria histórica en la transmisión de tradiciones y cultura (Parra, 2010)

También se menciona en una revisión que los mitos optimistas e idealizados sobre la vejez han sobrevalorado esta etapa vital como edad de oro, en la que la persona mayor queda liberada de pasiones e impulsos juveniles irracionales alcanzando plena libertad, sosiego en el ocio y paz, y la experiencia acumulada por los años aportan a la persona mayor suma discreción, prudencia y juicio (Carbajo, 2009)

VII. CONCLUSIONES.

Se puede identificar un gran conjunto de estereotipos y prácticas ageistas dentro las representaciones sociales acerca de la vejez, en los profesionales de la salud, los mismos se centran en aspectos negativos de la vejez en el ámbito biológico, psicológico, económico y social.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de los profesionales de la salud en relación a las representaciones sociales de la vejez. Los resultados indican que el núcleo central de la representación social de vejez se corresponde con: proceso, etapa, vida. Siendo los elementos periféricos: cambios, deterioro, cognitivo, fisiológico, muerte, dependiente, miedo, etc. Es decir, se observa una marcada tendencia hacia una valoración negativa de la representación social de la vejez, lo que se relaciona en gran manera con la caracterización de los conceptos de vejez.

De acuerdo a las concepciones de la dimensión física de la vejez se concluye que los profesionales de la salud asumen que la vejez se caracteriza por un deterioro del funcionamiento de algún sistema orgánico, que produce consecuencias negativas en las actividades cotidianas y repercute en su salud. Esta idea se encuentra consolidada en el grupo investigado y se relaciona con un marcado estereotipo ageista negativo de la vejez.

En la dimensión mental de la vejez se concluye que los profesionales de la salud perciben que durante la vejez hay un deterioro de las capacidades mentales, entre ellos la memoria y el razonamiento. Esta idea tuvo baja referencialidad por lo tanto se trata de una representación social en formación y se asocia a un estereotipo negativo de la vejez, ya que se ha demostrado que estos cambios no están supeditados a la vejez, mas bien estos se presentan como secuela de patologías neurológicas.

Los profesionales de la salud perciben que la economía durante la vejez también se encuentra deteriorada, ya que el adulto mayor es visto como un ente no productivo a consecuencia de su edad y enfermedades, que ya no puede ejercer ningún tipo de actividad remunerada y que depende económicamente de una jubilación mal remunerada. Esta idea tenía un alto grado de referencialidad y por lo tanto se concluye que es una representación social consolidada y a su vez se asocia a un estereotipo negativo de la vejez.

El rol del adulto mayor en relación a la sociedad en general es percibido por los profesionales de la salud como de poca importancia y ven al adulto mayor como una persona relegada ya que de acuerdo a los resultados pueden ser espectadores de situaciones de abandono de pacientes en las instituciones de salud, y esto difiere del rol familiar que cumple el adulto mayor, ya que aquí ellos tienen una percepción de que son una parte importante para la familia ya que promueven la unidad y son fuente de sabiduría y consejo.

En relación a la caracterización de los conceptos de vejez, los profesionales de la salud conciben a la vejez como una etapa final de la vida, caracterizada por el declive en el ámbito biológico como los cambios en la piel, la presencia de canas, así como la evidencia de cambios en la capacidad de moverse y la fragilidad por la alteración en aparatos, principalmente el locomotor y cardiovascular. Declive mental como deficiencia en la memoria y razonamiento y deterioro en las relaciones sociales ya que es visto como una persona no productiva, que no trabaja, consume recursos y dependiente. Pero también la proyectan como una etapa caracterizada por la sabiduría adquirida por la experiencia de los años vividos, y le superponen un carácter cronológico ya que la asocian a una edad mayor a los 65 años de edad. Es interesante la forma en como se pone de manifiesto el carácter multidimensional y multidireccional de la vejez ya que suponen que esta puede estar regulada por los factores influyentes en etapas previas de la vida.

Se puede concluir que existe una relación parcial entre el análisis del discurso y las prácticas que se describen ya que en el discurso y en las prácticas se encuentran caracterizaciones positivas y negativas de la vejez, lo cual lleva a reafirmar la idea de que los procesos de decisión generalmente están influenciados por las emociones, sentimientos, creencias (Finucane et al., 2002).

El método cualitativo permite comprender la realidad, recoger los pensamientos y profundizar en las vivencias de los profesionales de la salud en relación a la vejez y su relación con los adultos mayores. Es un método útil ya que permite el acceso al contexto y al sentido social, lo cual resultaría beneficioso para encontrar las formas en como esto puede afectar a los individuos involucrados y a su vez evitarlas.

Dentro de las limitaciones se encontró que:

Este método es poco conocido a nivel de los profesionales de la salud por lo que hay una percepción negativa para la recolección de datos en este tipo de estudios, y generalmente atribuyen la idea de que la investigación cualitativa tiene menos valor que la investigación cuantitativa.

La recolección de datos al ser mucho más personal en comparación a las investigaciones cuantitativas y en el contexto de la pandemia mundial, fue muy difícil establecer tiempos, lugares y condiciones para evitar el contagio durante la recolección de datos.

Los resultados obtenidos son específicos para el grupo estudiado por lo tanto no pueden ser extrapolados a otras poblaciones.

VIII. RECOMENDACIONES.

Para los adultos mayores y sus familiares: familiarizarse con los temas relacionados a marcos normativos internacionales y nacionales sobre envejecimiento activo ya que esto les permitirá ser conocedores de sus derechos y por lo tanto insistir en que estos se cumplan en todas las esferas en las que se desenvuelven.

Para los profesionales de la salud: El nivel de formación sobre vejez y envejecimiento debe ser examinado a profundidad, es importante estudiar como combatir con eficacia los efectos de los estereotipos ageistas puesto que se ha comprobado que un mayor nivel de conocimientos disminuye la actitud negativa hacia la vejez. Considerar realizar una autoevaluación acerca los estereotipos y prácticas negativas hacia la vejez que se presentan a diario, con el fin de ser conscientes de ellas y a la vez eliminarlas.

Para las instituciones de salud: Se debe procurar que los profesionales de la salud además de la asistencia a capacitaciones, se sientan involucrados en el trabajo de visualizar los estereotipos ageistas y evitarlos en todas sus formas.

Para los docentes: Enfatizar los conocimientos relacionados a derechos del adulto mayor y acerca de los distintos tipos de discriminación, en especial aquellos que pueden influir en la toma de decisiones dentro del área de salud. Resaltar en la importancia de reconocer y eliminar los estereotipos ageistas que se pueden presentar en cada una de las esferas sociales en donde se desenvuelven los estudiantes.

Para futuras investigaciones de tipo cualitativo: Abordar más de un actor social relacionado al tema de investigación propuesta, con el fin de encontrar similitudes y diferencias y obtener un panorama mas amplio de la realidad.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Achenbaum, A. (2015). A history of ageism since 1969. In *Generations* (Vol. 39, Issue 3).
- Aguayo, C., & Nass, L. (2013). Estereotipos sociales como amenaza a la inserción de adultos mayores. Revisión narrativa. *Journal Oral Of Research*, 2(3), 145–152. <https://doi.org/10.17126/joralres.2013.032>
- Angus, J., & Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to “aging well” in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137–152. <https://doi.org/10.1177/0733464805285745>
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento*. Masson.
- Benini, F. (2020). Estudio transversal sobre la vivencia de los cambios físicos en la vejez. *Universidad Internacional de Catalunya*. <http://recercat.cat/handle/2072/330799>
- Boitte, P. (2001). El Envejecimiento: Oportunidad Para Una Medicina En Busca De Sus Finalidades. *Acta Bioethica*, 7(1), 9–25. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2001000100002>
- Butler, R. (1989). Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention. *Annals*, 138–147. <https://doi.org/10.1177/07399863870092005>
- Caravaca Morera, J. A. (2017). Representações sociais e a cognição social: Contribuições para investigação em enfermagem e saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001500017>
- Carbajo, M. del C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de La Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87–96.
- Carbajo Vélez, M. del C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de La Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87–96. <https://doi.org/ISSN 2171-9098>
- Castellano, C. L., & de Miguel, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a cualquiera de las autoras a. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259–278. <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/261/estereotipos-viejistas-en-ancianos-actualizaci-ES.pdf>
- Castellano Fuentes, C. L., & de Miguel Negredo, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: Actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259–278.
- Castro, A. (2020). *Representaciones sociales de antigua edad y envejecimiento en la edad digital: revisión de la literatura*. 23, 1–17.
- Cerquera, A., Alvarez, J., & Saavedra, A. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Floridablanca. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 4(1), 14.
- Curipallo, E. (2016). *Representaciones sociales de feminidad en mujeres histerectomizadas del Hospital General Docente de Calderón* (Vol. 147). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Dulcey Ruiz, E., & Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 17–27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534202>
- Ehni, H.-J. (2016). Ageism. In *Encyclopedia of Global Bioethics* (pp. 71–79). <https://doi.org/10.6023/cjoc201709009>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La Psicología de la Vejez. *Encuentros Multidisciplinares*, 6(16), 11–21. <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%BA16/Roc%EDo Fernandez Ballesteros.pdf>
- Fernández, J. (2009). *Determinante de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Universidad de Valencia.
- Finucane, M. L., Slovic, P., Hibbard, J. H., Peters, E., & Mert, C. K. (2002). *Aging and decision-making competence: an analysis of comprehension and consis ...* 164(February), 141–164.
- Gascón, S. (2015). Los estereotipos negativos sobre la vejez inciden en las políticas. *ISalud*, 10(47).
- Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2018). Ageism: Denying the Face of the Future. *Ageism, 1954*. <https://doi.org/10.7551/mitpress/1157.003.0005>
- Hagestad, G. O. (1998). Hacia una sociedad para todas las edades: nuevo pensamiento, nuevo lenguaje, nuevas conversaciones. *Boletín Sobre El Envejecimiento*, 3(2–3), 1–12. <http://bit.ly/2MgKgu4>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta). Mc Graw Hill Education.
- Houston, D., Sherill, D., & Weeks, M. (2001). The enhancement of feature salience in dichotomous choice dilemmas. In Cambridge University Press (Ed.), *Cambridge series on judgment and desicion making*.
- Iacub, R., & Sabatini, B. (2001). *Psicología de la mediana Edad y Vejez: Módulo 3*.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2012). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *Revista 60 y Más*, 46–51. <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>
- Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo. (2016). Discriminación por edad: vejez, estereotipos y prejuicios. *Instituto Nacional Contra La Discriminación, La Xenofobia y El Racismo (INADI)*, 10(0), 1–60. <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios-FINAL.pdf>
- Jodelet, D. (1984). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. *Academia*, 13, 26. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/58919576/1_Denise_Jodelet_-_La_representacion_social20190416-96143-1fkpr3c.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DDenise_Jodelet_-_La_representacion_socia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&
- Macnicol, J. (2006). Age discrimination: An historical and contemporary analysis. *Cambridge University Press*, 1–308. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511550560>
- Maldonado, T. (2018). Información estadística de casos referentes a personas

- adultas mayores llevados por la DPE. *Defensoría Del Pueblo*, 1–7. <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2191/1/DEOI-DPE-012-2018.pdf>
- Manjarrez, M. (2015). *Estudio del comportamiento de los usuarios militares y sus familias frente a la apertura del servicio al público civil, en el Hospital Militar Quito*. Universidad Tecnológica Equinoccial.
- Martín García, A. V. (2000). Diez visiones sobre la vejez: Del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323, 161–182.
- Martín, M. de los Á. (2016). *Representaciones y significados acerca de la vejez institucionalizada*. 51(1), 163–168. <https://doi.org/10.1111/anae.15073>
- Moreno, A. (2010). Viejismo (Ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *POIESIS Revista de Psicología Social*, 19, 1–10.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología social II. Pensamiento y vida social: psicología social y problemas sociales* (Issue August). <http://books.google.es/books?id=Wy9OdYWO-8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Naciones Unidas. (2017). América Latina y el Caribe envejece. *Panorama de Envejecimiento y Atención a La Dependencia*, 18, 1–2.
- Nelson, T. D. (2016). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist*, 71(4), 276–282. <https://doi.org/10.1037/a0040221>
- Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Missing voices. *World Health*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (Issue 1). <https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Maltrato de las personas mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Ory, M., Hoffman, M. K., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3 SUPPL. 2), 164–171. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00181-8)
- Parra, D., González, D., & Pinto, D. (2016). Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.003>
- Parra, K. (2010). *Representación social de la Adulter Mayor de un grupo de actores mayores y no expertos/as de la ciudad de Chillán*. 1–88.
- Pazmiño, D. (2018). *Mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital de Especialidades de las FF.AA, Quito*.
- Pelet, E. (2016). *La Formación Como Prevención de Conductas Edadistas* [Universidad de Valladolid]. <https://core.ac.uk/download/pdf/61563714.pdf>
- Pinazo, S. (2013). Infantilización en los cuidados de las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 2013(41), 252–283.
- Prado, A., Celeste, M., & Martino, P. (2008). *TESIS: Representaciones Sociales de la Vejez por Parte de los Profesores de Educación Física*. 1–81.
- Ramos, J., Marcela, A., Calleja, M., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, M. P.,

- Teresita, M. A., Paz, H., Meza, M., & Mx, C. A. C. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Rodríguez, S. (1989). *La Vejez: Historia y Actualidad*. Universidad de Salamanca.
- Santacreu, M. (2019). Bases psicosociales del envejecimiento. *Máster En Gerontología y Atención Centrada En La Persona, Módulo I*.(Universidad Internacional de Valencia).
- Sneed, J., & Whitbourne, S. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375–388. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00411.x>
- Tardino, T. (2017). El estudio del vejez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la perspectiva de los adultos mayores con diferentes coberturas de salud. *Spring*, 58. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection
- Tealdi, J. C. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- United Nations Organization. (2020). World Population Ageing 2019 Ten key messages. In *World Population Ageing 2020 Highlights* (Issue Octubre 2020).
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23–41.

X. ANEXOS

1. Anexo 1: Consentimiento Informado.

PARTE II: FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, declaro que he leído este consentimiento informado , me ha sido leído y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: **Estereotipos y prácticas ageistas en las representaciones sociales de la vejez, en profesionales de la salud de un hospital de la ciudad de Quito.**

Comprendo que mi participación consiste en responder a una entrevista semiestructurada la cual dura aproximadamente 45 minutos, y en observación durante mis prácticas, además quiero mencionar que mi participación es voluntaria, comprendo que mis datos serán completamente protegidos y mis datos no se revelarán en ningún momento, ni en el informe final de este estudio. Reconozco que los beneficios serán de carácter social. No he recibido ningún tipo de recompensa ni me han pagado por mi participación. Soy consciente que puedo retirarme en cualquier momento de la entrevista y negarme a ser fotografiado, si así lo considero.

Confirmando que he hecho preguntas y me han sido respondidas. Además, en caso de tener dudas me puedo comunicar con Mayra Asitimbay, investigadora principal de este proyecto.

Por lo tanto, acepto participar en esta investigación.

Acepto que se grabe mi entrevista: Sí No N/A

Acepto que me tomen fotografías: Sí No N/A

<i>(Nombre del participante)</i>	<i>(Firma o huella del participante)</i>	<i>Fecha</i>
<i>(Nombre del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i>	<i>(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)</i>	<i>Fecha</i>

Anexo 2: Guía de entrevista semiestructurada

GUIA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD ACERCA DE LA VEJEZ	
Provincia:	Cantón o ciudad:
Lugar:	Cargo:
Fecha:	Años de experiencia:
Entrevistador/a:	Número de entrevista:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Religión	
Nivel instruccional	

ITEM	CONCEPTOS DE VEJEZ
	¿Qué es para usted la vejez?
	¿A partir de que edad considera la vejez?
	¿Qué cambios físicos considera como propios de la vejez?
	¿Considera que hay un cambio en las facultades funcionales durante la vejez, en cuanto a lo físico?
	¿Cómo considera el proceso de la información en los adultos mayores?
	¿Cómo se encuentra la memoria en los pacientes adultos mayores?
	¿Cómo considera la capacidad del lenguaje en la vejez?
	¿Considera diferente la comunicación con un adulto mayor, en comparación a una persona joven? ¿De que forma?
	¿Cuáles son los cambios en las relaciones sociales que se producen en la vejez?
	¿Cuál considera usted que es el rol de los adultos mayores dentro de la familia?
	¿Cuál considera usted que es el rol de los adultos mayores dentro de la familia?
	¿Cuál considera usted que es el rol del adulto mayor en la sociedad?
	¿Considera que en la vejez hay cambios relacionados a la economía? ¿Cuales son?
	¿Influye la vejez en la economía personal, familiar y social? ¿De que forma?

ITEM	AGEISMO EN LA ATENCION DE SALUD
	¿Cómo se siente cuando atiende a un adulto mayor?
	¿Recuerda alguna experiencia agradable o desagradable en la atención a un adulto mayor? ¿Podría contármela?
	¿Piensa que es más importante hablar con el familiar y/o el cuidador cuando se atiende a una persona vieja? ¿Por qué?
	¿Cómo profesional de la salud que piensa acerca de los adultos mayores?

ITEM	ESTEREOTIPOS AGEISTAS
	¿Qué considera como aspectos negativos de la vejez en la parte física?
	¿Qué considera como aspectos negativos de la vejez en la parte social?
	¿Qué considera como aspectos negativos de la vejez en la parte psicológica?
	¿Cuáles consideraría usted como aspectos negativos de trabajar con un adulto mayor?
	¿Prefiere trabajar con personas adultas jóvenes o adultos mayores? ¿Por qué?
	¿Considera que existan aspectos positivos de trabajar con un adulto mayor? ¿Puede mencionarlos?
	En el siguiente minuto ¿puede decirme todas las palabras que le vengan a la mente cuando mencione la palabra vejez?

