



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA

INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA SOBRE EL VIEJISMO EN LOS
ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA FES
ZARAGOZA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA))

PRESENTA:

L.E. ELIZABETH ARACELI IZQUIERDO BARRERA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CIUDAD DE MEXICO JUNIO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **22 de junio del 2016**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **ELIZABETH ARACELI IZQUIERDO BARRERA** con número de cuenta **408011893**, con la tesis titulada:

"INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN SOBRE EL VIEJISMO EN LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA FES ZARAGOZA."

bajo la dirección de la Doctora Silvia Crespo Knopfler

Presidente : Doctor Juan Pineda Olvera
Vocal : Doctora Silvia Crespo Knopfler
Secretario : Doctora María del Pilar Sosa Rosas
Suplente : Maestra Elsa Correa Muñoz
Suplente : Doctora Carmen Lastenia Balseiro Almario

Sin otro particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cdad. Universitaria Cd. Mx., a 28 de julio del 2016.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

C.c.p. Expediente del Interesado

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

JEG-F6

DEDICATORIAS

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A mis padres.

Pascual y Araceli por los ejemplo de perseverancia, por sus consejos y valores, por la motivación constante que me han permitido llegar hasta donde estoy, pero sobre todo por el amor que me dan día a día.

A mis hermanas

Gabriela por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme día a día, por su cariño, y por sus grandes manifestaciones de afecto, a Nancy que compartió a mi lado buenos y malos momentos.

A mi tío

José Alfredo quien a través de su ejemplo y sus consejos, no me dejaban decaer y me motivaban para seguir adelante, para ser perseverante aún más en los momentos difíciles.

A mi novio

German por apoyarme de forma incondicional, por estar a mi lado, inclusive en los momentos y situaciones más tormentosas, por compartir a su lado los buenos y malos momentos, por brindarme día a día esas palabras de aliento que no me permitían decaer.

A mis amigos de la licenciatura

Uri Méndez, Alejandra, Yareli, que siempre estuvieron apoyándome y alentándome para continuar, por darme palabras de aliento cuando más las necesitaba, por ofrecerme su mano en los momentos de debilidad.

A mis amigos y compañeros de la maestría

Miriam, Ana, Yaris, Rocio, Sara, Pamela, Maribel, Fernando quienes me acompañaron a lo largo de este duro y difícil camino, brindándome apoyo incondicional y consejos a lo largo de este proyecto de vida.

A mis maestros.

Mtra. Elsa Correo Muñoz por apoyarme día a día, por su tiempo y por impulsar mis sueños, por mostrarme su entrega y dedicación en el trabajo, quien me enseñó la fortaleza por creer en mí, por ser un ejemplo para mí.

A mi directora de tesis.

Dra. Silvia Crespo Knopfler por haber inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría haber terminado mi formación, así mismo por la oportunidad que me dio de recurrir a su experiencia, por la confianza, afecto y más aún por su amistad, que me brindo, por ser mi guía y ejemplo en esta etapa de la vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primera instancia a mi directora de tesis Dra. Silvia Crespo Knopfler por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido paciencia, por guiarme a lo largo de la maestría, por ser mi luz en los momentos de oscuridad.

Agradezco al maestro Adiel Agama Zarabia por brindarme su apoyo, su conocimiento, su tiempo y dedicación para concluir este proyecto, así mismo por ser un guía.

A mi familia, mis padres Pascual y Araceli, por enseñarme que todo es posible si se quiere, por darme su ejemplo de entrega y pasión hacia lo que uno hace, gracias por todo el amor que me han brindado, esperando retribuírseles algún día. Así mis hermanas Nancy y Gaby que fueron mi motivación para seguir creciendo, y forjarles un gran ejemplo.

A mi novio German por darme su apoyo y comprensión desde que inicié este proyecto, así mismo por llenar mis días de alegrías y brindarme su hombro en mis tristezas, por su apoyo más allá de lo que él haya creído.

A mis amigos de la licenciatura por sus palabras de fortaleza y más aún por creer en mí, por su apoyo y colaboración para realizar este proyecto.

A mis amigos de maestría quienes me brindaron su apoyo, consejos, con quienes compartí, más allá de tiempo en las aulas de clase, son hoy por hoy mis hermanos de vida, por aquellos lazos de amistad que construimos juntos en estos dos años.

A todas las personas que hicieron posible cumplir este sueño.

CONTENIDO

	Pág
I RESUMEN.....	1
Abstract	
II INTRODUCCIÓN.....	6
III MARCO TEÓRICO	
3.1 Envejecimiento, vejez.....	11
3.1.1 Envejecimiento.....	11
3.1.2 Vejez.....	13
3.2 Teorías del envejecimiento.....	14
3.2.1 Teorías biológicas.....	15
3.2.2 Teorías psicológicas.....	16
3.2.3 Teorías sociales.....	17
3.2.4 Teoría de enfermería.....	19
3.3 Representaciones sociales de los adultos mayores.....	22
3.3.1 El adulto mayor a través de la historia.....	22
3.3.2 Rol del adulto mayor en la sociedad.....	25
3.3.3 Rol del adulto mayor en la familia.....	27
3.3.4 Adulto mayor como un ser cuidado, cuidador y/o guía.....	29
3.4 Viejismo.....	31
3.4.1 Estereotipo.....	35
3.4.2 Prejuicios.....	36
3.4.3 Mitos.....	37
3.5 Discriminación.....	38
3.5.1 Derechos humanos de los adultos mayores.....	41
3.6 Formación académica.....	43
3.6.1 Plan de estudios.....	44
3.6.2 Plan de estudios de la FES Zaragoza.....	48
3.7 El Rol de Enfermería.....	49

3.7.1	Gerontología y Geriátría	51
3.7.1.1	Enfermería gerontológica.....	51
3.7.1.2	Enfermería geriátrica.....	52
IV	ESTADO DEL ARTE.....	54
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	60
VI	HIPÓTESIS.....	63
VII	OBJETIVOS.....	63
VIII	MATERIAL Y MÉTODOS	
8.1	Tipo de estudio.....	65
8.2	Población de estudio.....	65
8.3	Variables.....	65
8.3.1	Operacionalización de variables.....	66
8.4	Técnica.....	71
8.5	Análisis estadístico.....	71
IX	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	73
X	RESULTADOS.....	75
XI	DISCUSIÓN.....	97
XII	CONCLUSIONES.....	101
XIII	SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	103
XIV	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
XV	ANEXOS.....	113
XVI	APENDICE.....	125

		Pag
XV	ANEXOS	
14.1	Análisis del plan de estudios de 4to año de la Licenciatura en Enfermería.....	114
14.2	Cuadros del estado del arte.....	120
XV	APENDICE	
15.1	Fórmula de poblaciones finitas.....	126
15.2	Mapa de muerte estadística para esta investigación.....	127
15.3	Instrumento de vejeismo (pretest)	128
15.4	Instrumento de vejeismo (postest).....	130
15.5	Consentimiento informado.....	133

I. RESUMEN

I. RESUMEN

Antecedentes

El término vejeísmo surge con Butler desde 1975, definiéndolo como las actitudes, prejuicios o estereotipos en contra de las personas por razones de edad. En este sentido, los cambios demográficos, han hecho que este término siga vigente hoy en día, no solo en la sociedad sino también en el sector salud lo que influye en la atención que se le brinda a los adultos mayores, es por esta razón que debemos crear una cultura gerontológica desde la formación; lo cual permitirá cumplir y satisfacer las necesidades de la sociedad, así mismo brindar una atención de calidad.

Objetivos

Determinar si existe influencia de la formación académica sobre el vejeísmo en los estudiantes de 4to año de la licenciatura en enfermería, en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, prolectivo, longitudinal, comparativo; con una muestra de 98 alumnos de cuarto año de la licenciatura en enfermería, a quienes se les aplicó un pretest a inicio del módulo teórico común, para conocer cuál era la percepción que tenían sobre los adultos mayores, para ello se utilizó un instrumento el cual contempla adjetivos relativos a los estereotipos de la vejez, así mismo la concepción del viejo en diferentes escenarios. Después de esto los alumnos continuaron con sus clases habituales, en los módulos que se imparten en 4to año. Posteriormente se aplicó un postest al término de las áreas de pre-especialización, el cual es el último módulo de la carrera, para para ello se utilizó un instrumento que contemplaba los adjetivos relativos a los estereotipos de la vejez, la formación académica en 4to año y su relación con la concepción del adulto mayor, la influencia por parte de los docentes y personal de clínicas; dicho instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.891. Para analizar los datos obtenidos se implementaron pruebas descriptivas, como frecuencias y porcentajes, la correlación de Pearson y para ver grado de significancia, t de Student y Ji cuadrada.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 98 alumnos a quienes se les aplicó un pretest al inicio del 4to año en donde el nivel de vejeísmo que presentaban con mayor incidencia fue moderado en un 76% y severo 21%; al final del 4to año se les aplicó un postest en donde se observa que el nivel de vejeísmo moderado aumenta en un 77%, no obstante el nivel de vejeísmo severo disminuye a un 17%, para corroborar estos resultados se aplicó una t de Student, en donde se obtuvo una significancia

estadística de $p=0.004$ lo cual nos permitió inferir que efectivamente existe un cambio significativo en el nivel de viejismo encontrado en los alumnos al inicio de su 4to año y al final de este; por otro lado las características negativas con las que se asociaba al adulto mayor con gran facilidad fueron: susceptibles 78%, 72% repetitivos, preocupados e ideáticos 62% respectivamente, parlanchines 61%, cansados y lentos 60% respectivamente, sin embargo encontramos características positivas como sabios 96%, cariñosos y respetables 92%, bondadosos 91%, comprensivos 90%, útiles 89%, generosos 88%, sociables 84%, divertidos 83% y sinceros 83%. Los resultados encontrados en el postest no son muy diferentes, es decir, en relación a las características negativas encontramos que los alumnos perciben a los adultos mayores como susceptibles con un 77%, repetitivos 68%, preocupados 66%, parlanchines 65%, cansados 56% e ideáticos 53%. En comparación con las característica positivas las cuales si modificaron un poco observamos los alumnos refieren que los adultos mayores son confiados con un 50%, seguido por flexibles 64% y pacientes con 71%.

Conclusiones

El viejismo es un tema delicado, en algunas ocasiones se desconoce; sin embargo es un fenómeno que sigue siendo recurrente hoy en día en los diferentes escenarios en los que se desenvuelve un adulto mayor; contemplar esta situación desde enfermería permite percibir cómo es la atención que se le brinda a esta población en particular; y si abordamos esta problemática desde la formación que se le brinda al alumno nos permite identificar cómo influye la formación académica y los agentes de enseñanza, sobre la percepción y las actitudes que se tienen del adulto mayor, esto es con el fin de crear estrategias que modifiquen estas conductas a tiempo, y por ende crear profesionales que satisfagan las necesidades de esta población. Esta investigación permite corroborar que existe un cambio en la percepción del adulto mayor, sin embargo, es mínimo y es porque sólo se contemplan temas de gerontogeriatría en el 4to año de la carrera, cuando los alumnos están por egresar, y por lo cual no es una buena estrategia para crear una cultura gerontológica, puesto que esa integración entre la teoría y la práctica que se lleva en la formación académica, no se consolida del todo y por ello el cambio es mínimo, sin embargo, si se modifica el plan de estudios de la licenciatura en enfermería de modo que la formación en gerontogeriatría sea implementada desde el primer año, la visión que se tenga del adulto mayor al fin de la carrera será diferente.

ABSTRACT

Background

The term ageism comes with Butler since 1975, defining it as attitudes, prejudices or stereotypes against persons on grounds of age. In this sense, demographic changes have made this term is still in force today, not only in society but also in the health sector which influence the attention that is given to the elderly, is for this reason that we must create a culture for gerontology training; which allow you to meet and satisfy the needs of society, also provide quality care.

Objective

Determine whether there is influence of academic training on ageism in the 4th year students of the degree in nursing at the Faculty of Higher Zaragoza.

Material and methods

An observational, prolective, longitudinal, comparative type was carried out; with a sample of 98 students in the fourth year of the degree in nursing, who were administered a pretest to start the common theoretical module, to know what was their perception about older adults, for that an instrument was used which includes adjectives relating to the stereotypes of old age, same old conception in different scenarios. After this the students continued their regular classes in the modules taught in 4th year. Subsequently, a post-test at the end of the areas of pre-specialization, which is the last module of the race was applied to for it an instrument that looked adjectives relating to the stereotypes of old age was used, academic training in 4th year and its relation to the design of the elderly, the influence by teachers and clinical staff; this instrument obtained a Cronbach's alpha of 0.891. To analyze the data descriptive tests, as frequencies and percentages, Pearson correlation and to see degree of significance, Student's t and chi square were implemented.

Results

A sample of 98 students who were administered a pretest at the beginning of the 4th year where the level of ageism who presented with the highest incidence was 76% moderate and severe 21% was obtained; at the end of the 4th year they were administered a posttest where it is observed that the level of moderate ageism increases by 77%, however the level of severe ageism decreases to 17%, to corroborate these results we applied a Student t test, where a statistical significance of $p = 0.004$ which allowed us to infer that there is indeed a significant change in the level of ageism found in students at the start of their 4th year and the end of this was obtained; on the other hand the negative characteristics that are associated to the

elderly easily were: susceptible 78%, 72% repetitive, worried and ideáticos 62% respectively, chatty 61%, tired and slow 60% respectively, however we found positive features 96% as wise, loving and respectable 92%, 91% kind, understanding 90%, useful 89%, 88% generous, gregarious 84%, 83% and sincere fun 83%. The results found in the posttest are not very different, ie, in relation to the negative characteristics we found that students perceive higher as susceptible adults with 77%, repetitive 68%, concerned 66%, chatty 65%, tired 56 ideáticos% and 53%. Compared with the positive feature which if changed a little observe students report that older adults are entrusted with 50%, followed by flexible 64% and 71% patients.

Conclusions

The ageism is a sensitive issue, sometimes it is unknown; however it is a recurring phenomenon that remains today in the different scenarios in which an older person develops; look at this situation from nursing allows us to see how attention that is given to this particular population; and if we approach this problem from the training gives students allows us to identify how it influences the academic training and teaching agents, on perceptions and attitudes that have the elderly, this is in order to create strategies that modify these behaviors in time, and thus create professionals that meet the needs of this population. This research corroborates that there is a change in the perception of the elderly, however, it is minimal and because only issues gerontogeriatry referred to in the 4th year of medical school, when students are about to graduate, and which is not a good strategy to create a gerontological culture, since the integration between theory and practice that takes in academic education, is not consolidated at all and therefore the change is minimal, however, if you change the curriculum the degree in nursing so that training in gerontogeriatry be implemented from the first year, the vision we have of the elderly at the end of the race will be different.

II. INTRODUCCIÓN

II. INTRODUCCIÓN

En el mundo se está viviendo una transición demográfica llamada envejecimiento generacional, lo que ha propiciado cambios en la sociedad, principalmente en el sector salud, existiendo una alta demanda de profesionales con cultura gerontológica que cubran las necesidades cambiantes de esta sociedad, como en el estudio de Hweidi y Al-Obeisat en Jordania, en 1996, donde se demuestra la importancia de seguir fomentando una cultura gerontológica en los estudiantes de enfermería para cumplir con los roles y satisfacer las necesidades particulares de los clientes.

Hoy en día México está viviendo una transición demográfica de forma acelerada, es decir existe un mayor número de hombres y mujeres que atraviesan un envejecimiento generacional lo que permite visualizar la necesidad de considerar un mosaico de temáticas relacionadas no solo con la seguridad económica, sino también con problemáticas directas y derivadas de los procesos de salud-enfermedad, física y mental, esto nos permite evidenciar que existe una falta de conocimientos del profesional de enfermería sobre esta área, propiciado actitudes como el rechazo y la discriminación, así mismo las creencias por mitos existentes sobre los adultos mayores, lo que favorece a que exista una deficiencia y mala calidad en la atención.

El término de viejismo surge desde 1975 por Butler quien lo definió como las actitudes, prejuicios o estereotipos en contra de las personas por razones de edad, este término hoy en día ya no se utiliza, sin embargo, estas actitudes, prejuicios y/o estereotipos en torno a los adultos mayores siguen existiendo no solo en la sociedad, sino también por parte del sector y en especial del gremio de enfermería, al ser el primer contacto, es de vital importancia detectar estas actitudes, con el fin de modificarlas a tiempo, así mismo implementar estrategias que permitan crear una cultura gerontológica; sin embargo todo esto no puede ser posible sin un estudio que nos permita identificar cuáles son los estereotipos asociados a los adultos

mayores, que presentan los alumnos, si estos son modificados a través de la formación académica (teórico-práctica) recibida en 4to año de la carrera de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza). Con base en esto se descubrirá si la formación académica recibida en 4to año de la FES Zaragoza es una estrategia adecuada para fomentar una cultura gerontológica, con el fin de formar profesionales que brinden atención de alta calidad, satisfaciendo las necesidades de la sociedad y en particular de esta población.

El presente trabajo contempla en los primeros capítulos definiciones en relación a los adultos mayores, contextualiza cómo ve la sociedad a los adultos mayores, así mismo por qué es importante para enfermería tener en cuenta esta problemática; en el siguiente capítulo se da a conocer la parte metodológica de esta investigación, en donde se incluye la población de estudio, las variables, las técnicas que se implementaron, se hace una descripción del análisis estadístico. En el siguiente capítulo se visualizan los resultados de la presente investigación, se analizan las características de la población, las variables intervinientes como la influencia por parte de los docentes, la familia, entre otras; se realiza un análisis a través de pruebas de comparación como t de Student para conocer si la hipótesis nula se acepta o se rechaza de acuerdo a nuestros resultados. En el capítulo de discusión se realiza una comparación con los resultados obtenidos en este trabajo y otras investigaciones en torno al mismo tema, desde otras disciplinas; y por último en el capítulo de conclusiones se da a conocer si se cumplió el objetivo planteado a inicios del estudio, los hallazgos que se encontraron, algunas sugerencias y/o limitaciones que existieron para esta investigación.

III. MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEORICO

Los adelantos científicos y tecnológicos han ocasionado en los últimos 20 años cambios económicos y sociales que afectan a las poblaciones a nivel mundial, hasta el punto en que constituye uno de los principales problemas del siglo XXI. A escala mundial las personas mayores de 60 años que en el 2000 eran 600 millones, para el 2050 serán 2 mil millones, en algunas zonas del mundo como en América Latina, se calcula que para el 2050 constituirá el 17% de la población latinoamericana, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2002 reportó que el 10% de la población mundial son mayores de 60 años (629 millones), así mismo se tiene proyectado que esta cifra se incrementará a 2000 millones para el año 2050, lo que representa el 20% de la población mundial y para el año 2150 uno de cada cinco humanos en el mundo será mayor de 60 años.^{1,2}

En este sentido la United Nations Population Fund (UNFPA) señala que en el año 2050, 21.8% de los habitantes en el planeta tendrá 60 años y más, en las regiones menos desarrolladas será de 20.2%. En países Latinoamericanos y Caribeños transitan por una etapa de transición avanzada, como es el caso de México, quien en los últimos años ha experimentado un proceso de envejecimiento acelerado, de tal manera que en el 2010 llegó al 8.8%; se estima que la esperanza de vida de las mujeres en 2050 será de 83.6 años y en los hombres de 79.0 años.^{1,3, 4}

El envejecimiento poblacional al que hacemos frente en México es resultado de varios factores: aumento de la esperanza de vida y descenso de la mortalidad (debido a los avances tecnológicos en la medicina terapéutica y de prevención, así como a una cobertura de salud más extensa); caída en el índice de natalidad; e incremento en la marginación de nuestra población, sobre todos los jóvenes.^{5,6}

El cambio demográfico en México se ha producido con tal velocidad que hoy nos encontramos en la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y, a la vez, de preparar las respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos que representa el envejecimiento demográfico, este proceso

influirá desde diferentes enfoques a la sociedad, particularmente la economía, la política, la salud y la cultura. El envejecimiento se convierte en un problema social cuando va acompañado de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social. El envejecimiento poblacional secundario a la transición demográfica, repercute en las causas de morbimortalidad.⁷

III.1 ENVEJECIMIENTO, VEJEZ

III.1.1 ENVEJECIMIENTO

Al aproximarse a la temática de las personas mayores suelen presentarse confusiones en torno a los conceptos de envejecimiento y vejez, lo que se encuentra estrechamente relacionado, sin embargo, no son sinónimos.

Una primera distinción necesaria aparece con el concepto de envejecimiento que desde el punto de vista biológico; es “un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado”.⁸

El envejecimiento es un fenómeno que afecta a todos los órganos y sistemas del individuo, no obstante estos cambios se presentan de manera individualizada, por lo que no todos los órganos, sistemas y personas envejecen igual ni al mismo ritmo, de ahí que se señale que el envejecimiento es asincrónico.⁹

De esta manera autores como: Mc Pherson, Robert Kohn, Aragón, establecen distintos tipos de envejecimiento, cronológico, biológico, psicológico y social.

- *Envejecimiento cronológico.* Se refiere al envejecimiento determinado por la edad legal, es decir, los diferentes momentos en los que el individuo puede ejercer o no, sus funciones sociales.

- *Envejecimiento biológico.* Hace referencia a los cambios internos y externos del organismo tales como: cambios en la apariencia física, declinación gradual y pérdida de la habilidad física.⁶
- *Envejecimiento psicológico.* Trata de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales, destrezas motoras, funcionamiento mental, la personalidad, los impulsos, emociones y las motivaciones.⁶
- *Envejecimiento social.* Se refiere a los hábitos sociales, papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social, con familiares y amigos, relaciones de trabajo y dentro de las organizaciones religiosas, recreativas y grupos políticos. Se relaciona estrechamente con la jubilación.^{6,10}

Otra forma en la que se categoriza el envejecimiento es en relación a la funcionalidad y el grado de dependencia que tienen los adultos mayores en las actividades de la vida cotidiana por ello se divide en:

- a) *Envejecimiento exitoso.* Proceso en el que sólo se presentan los cambios biológicos, psicológicos y sociales inherentes al envejecimiento, debido a condiciones y estilos de vida saludables durante las etapas del ciclo de vida, aunado a una respuesta alostática eficiente. Cursan sin enfermedades crónicas y sin repercusiones significativas en la funcionalidad.¹¹
- b) *Envejecimiento usual.* Proceso en el que además de los cambios inherentes al envejecimiento, las condiciones y estilos de vida son deficientes, aunado a una carga alostática parcialmente eficiente. Cursa con enfermedades crónico-degenerativos y repercusiones en la funcionalidad física, mental y social.¹¹
- c) *Envejecimiento frágil.* Proceso en el que además de los cambios inherentes al envejecimiento, la excesiva carga alostática generada por las condiciones y estilos de vida inadecuados, provoca una disminución acentuada de la

reserva homeostática. Se caracteriza por mayor vulnerabilidad a la descompensación de las enfermedades agudas y crónicas (anciano enfermizo, débil) repercutiendo significativamente en la funcionalidad, calidad de vida y longevidad.¹¹

En este sentido es importante conocer la definición de envejecimiento saludable visto desde el aspecto gerontológico, Se define a este como el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de estrategias de autocuidado, ayuda mutua y auto gestión utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal e informal en el marco del envejecimiento activo esto es con el fin de conocer y contextualizarnos en los cambios normales de un adulto mayor.

III.1.2 VEJEZ

El concepto de vejez está parcialmente determinado por factores biológicos, físicos y psicológicos. Etimológicamente “viejo” procede del latín *veclus, vetulusm*, que a su vez, viene definido por la persona de mucha edad, así que todos estos fenómenos (viejo, vejez y envejecimiento), en un principio, hacen referencia a una condición temporal y a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo.^{12, 13}

La vejez cronológica es definida por el hecho de haber cumplido los sesenta y cinco años; es objetiva en su medida ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten una edad cronológica y forman una unidad de análisis social, la cohorte, utilizada frecuentemente por demógrafos y sociólogos.⁸

Por lo general, se define a los adultos mayores como individuos a partir de los 65 años de edad, en la actualidad se reconoce que existe una diversidad entre los diferentes grupos etarios en la edad avanzada, por lo que se ha propuesto la siguiente clasificación: a) Adulto mayor joven de 60 a 74 años, b) Adulto mayor viejo

de 75 a 84 años, c) Adultos mayor longevo de 85 a 99 años d) Centenarios de 100 años a más. La edad constituye un dato importante, pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han redondeado. No obstante el perfil, los intereses, los cambios en los cuidados de la salud de cada uno de estos grupos pueden ser muy diferentes.^{11, 14}

III.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

A lo largo de la historia el hombre ha desarrollado diversas teorías que tratan de explicar el envejecimiento y la adaptación a este, cada teoría contribuye desde diferentes enfoques, ya que se complementan unas a otras, sin perder su propósito de definir, delimitar y comprender las distintas etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de la vida, Medvedev señala que existen aproximadamente 300 teorías que tratan de explicar el envejecimiento, cada una de ellas posee diferentes grados de universalidad, validez y fiabilidad.^{1,7}

Los fenómenos causantes del envejecimiento se han tratado de explicar desde los orígenes de la vida, en un principio por filósofos como Hipócrates, quien decía que se envejecía por un desequilibrio de los humores internos. Aristóteles estableció la diferencia de longevidad entre los distintos órganos y atribuía el envejecimiento a la pérdida del calor interno. Leonardo Da Vinci estudió el organismo desde el punto de vista anatómico, observando los cambios generados por el envejecimiento concluyendo en que en las personas mayores aumenta el grosor de las paredes de las venas, disminuye el paso de la sangre, lo cual dificulta la nutrición tisular. Estas teorías están en desuso, pero en su momento, hicieron progresar las investigaciones; hoy en día se clasifican estas teorías desde diferentes enfoques como es el biológico, psicológico y social.⁶

III.2.1 TEORÍAS BIOLÓGICAS

El proceso de envejecimiento biológico se diferencia no solo entre especies, sino también de un ser humano a otro, así mismo llega a variar dentro de los diferentes sistemas corporales de las personas.

Con el fin de explicar el envejecimiento desde una perspectiva biologicista se han explorado factores internos y externos, dentro de este marco el envejecimiento se producen dos principales procesos difícilmente separables, el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades; según Yates existen una serie de procesos básicos que logran la continuidad, de la existencia del organismo con éxito, estos son: a) La protección del ADN y ARN; b) Degradar material proteínico aberrante; c) Eliminar radicales libres generados por procesos celulares. Estos mecanismos servían de guía para contextualizar la participación en la capacidad de adaptación del ser humano en relación con el medio ambiente.¹⁵

Teorías genéticas: La observación desde la biología evolucionista presenta suficientes hechos como para afirmar que cada especie alcanza una edad determinada, basa sus postulados en la concepción que el homo-sapiens puede alcanzar 118/120 años; a este se le suman postulados como los genes de la muerte que determinan cuánto vive el sujeto, otro son los errores genéticos que actúan en el funcionamiento celular patológico que interfieren en el comportamiento normal de las estructuras y sus funciones. Arana señala que el envejecimiento puede ser comprendido como una forma progresiva e irreversible de la diferenciación producida por las alteraciones específicas en la expresión de los genes.¹⁶

Teorías Celulares: Estas teorías se basan en investigaciones sobre la pérdida de información que sufren las células a niveles de ADN, los postulados principales dentro de estas teorías son: 1) Los telómeros pierden fragmento de repetición por lo tanto los cromosomas se convierten en inestables y no operativos; 2) La teoría de Radicales Libres supone que el mecanismo oxidativo celular y algunas síntesis dañarían el ADN y las proteínas, produciendo una degradación a niveles

estructurales; 3) Teoría de la des-diferenciación establece que las células a través del tiempo pierden la habilidad de especialización y por ende su diferenciación. Es necesario resaltar que estas teorías pueden ser consideradas como efectos del envejecimiento y no tanto como causantes de este.¹³

Teorías sistémicas: Estas teorías comprometen a los grandes sistemas de regulación biológica: el sistema nervioso, endocrino, inmunológico, y aun, el equilibrio intersistémico, un ejemplo de esto lo representa la teoría catastrófica, teoría desincronía, teoría fluctuación, por mencionar algunas.^{12, 13}

Teorías de los eventos vitales biológicos: Se postula la acumulación de eventos vitales biológicos (traumatismos craneales, anestesia, etc.) lo cual produce estrés en los sistemas vitales y a la larga provoca fallo de todos los sistemas.¹³

III.2.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

No existen teorías psicológicas explicativas de la vejez o el envejecimiento, en otros términos las llamadas teorías psicológicas tan solo nos permiten describir y si es el caso, predecir los cambios que con el tiempo se producen en el funcionamiento psicológico de las personas. Sin embargo no todos los cambios que se producen en el psiquismo humano se ajustan al patrón del funcionamiento biológico, en este se marca un desarrollo, madurez ya que existen aspectos que incrementan a todo lo largo del ciclo de la vida. Gould señala que la evolución biológica se rige con arreglo darwiniano mientras que el ser humano es un ser, no solo biológico sino también sociocultural de ahí que existan funciones psicológicas que presenten desarrollo constante o tras un máximo desarrollo, constante estabilidad.¹⁷

Teorías del desarrollo: Existen múltiples teorías del desarrollo que postulan la existencia de una serie de etapas o estadios, un ejemplo de esto es Erickson quien aporta una visión evolutiva, en la que se abarca desde el nacimiento a la muerte, estas teorías pueden considerarse descriptivas y no permiten explicar los cambios que ocurren de una etapa a otra.¹⁴

Enfoque del ciclo vital: Los postulados de estas teorías son: 1) La existencia de un balance entre el crecimiento y el declive; 2) Existen funciones psicológicas que declinan con la edad y otras que no lo hacen; 3) La vida va incrementando la variabilidad intraindividual; 4) Existe capacidad de reserva a todo lo largo del ciclo de la vida a pesar del declive; 5) La variabilidad existente entre los mayores se plasma en el envejecimiento normal, patológico y con éxito.^{13,14}

Teoría de la actividad: Está teoría es analizada desde dos enfoques (psicológico y social). Havighurst sitúa una teoría donde la actividad es la base del envejecimiento saludable, esto se observó en personas que mantienen sus actividades, tareas y roles sociales.¹⁸

Teoría de la continuidad: Esta teoría hace mención al continuo desarrollo del individuo adulto, incluyendo su adaptación a situaciones externas negativas, para esto es necesario una asociación entre el pasado, presente y los patrones que pueden ser anticipados sobre las formas de pensar, actuar y relacionarse.¹⁵

Teoría de la geotranscendencia: Es una teoría reciente que sugiere que el envejecimiento implica una transición de una metaperspectiva racional y materialista a una visión cósmica y trascendente. Cuando las personas envejecen, están menos interesadas en sus cuerpos físicos, sus bienes materiales, sus relaciones sin sentido y sus intereses propios, donde desean una vida más significativa.¹⁹

III.2.3 TEORÍAS SOCIALES

Las teorías sociales abordan el impacto de la sociedad en los adultos mayores y viceversa; a menudo estas teorías reflejan la perspectiva que se tenía sobre los adultos mayores en el momento en el que se desarrollaron, las normas de la sociedad, cómo se veían los roles y las relaciones de este grupo poblacional.¹⁷

La teoría general que enlaza modernización y envejecimiento asegura que un conjunto de factores han conducido a hacer de la vejez en las sociedades modernas

un status vacío de roles, dichos factores son la urbanización, industrialización, burocratización, desmantelamiento de las familias extensas y promedio de las familias nucleares-conyugales, el incremento del tiempo de ocio e incremento de la esperanza de vida, entre otros. Ese vacío de roles ha hecho efecto en el modo en que se ha forjado una imagen de las vejez en la sociedades actuales.²⁰

Las teorías sobre el ciclo de la vida y la adaptación al proceso de envejecimiento son diversas:

a) Teoría de la Desvinculación

Fue una de las primeras teorías que intentó estructurar la posición de las personas mayores en la sociedad. El concepto de desvinculación se considera un hecho inevitable y natural, un proceso adaptativo positivo que podía ser de dos tipos: social y psicológico. Esta teoría está desarrollada por Cummings en 1961 postula un planteamiento interactivo: la sociedad y el individuo a lo largo del proceso de envejecimiento, tiene la misma meta y el mismo objetivo: la desvinculación del individuo (que va a morir) y la de la sociedad, esta desvinculación es totalmente funcional, ya que prepara al individuo para la muerte y permite la situación generacional. El punto central de la teoría considera que durante el proceso de envejecimiento las personas experimentan una separación gradual de la sociedad, un decrecimiento de la interacción entre persona y medio; esta se basa en las premisas de que el estatus de las personas mayores decrece con la modernización de la sociedad, se considera necesario para la supervivencia de la sociedad que las personas mayores se desvinculen con el fin de permitir a los jóvenes disponer de estos roles. La teoría de la desvinculación está relacionada con políticas sociales y con la forma de contemplar la vejez. ^{8,21}

b) Teoría de la Subcultura:

Esta teoría considera a las personas mayores como un grupo con distintas normas, creencias, expectativas costumbres que los separan, de esta manera, explica la causa del aislamiento en la población de ancianos, dicha teoría sostiene que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí, que con

grupos de edad diferente, si se necesita tener una autoestima positiva, una comparación con personas muy superiores daría una imagen negativa de nosotros mismos. La formación de una subcultura es una respuesta a las actitudes negativas y al trato de la sociedad; así mismo les ayuda a mantener su identidad y una autoestima positiva. Sin embargo Rose considera que las personas mayores conforman una subcultura propia que se plasma en la organización de importantes grupos, siendo enmarcadas por el viejismo o los prejuicios sobre el envejecimiento, el cual da prioridad a los factores biológicos dejando en segundo plano los factores derivados de la clase social, historia de vida o políticas sociales que aportan una variación considerable de la experiencia del envejecimiento, es por esta razón que Rose describe esta teoría como aislamiento social por parte de los adultos mayores, el cual es mostrado desde los años 70's.¹⁴

III.2.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA

De igual forma en enfermería se observa una teoría que se empata y a su vez trata de dar respuesta a estos cambios existentes sobre la concepción del adulto mayor, como es la teoría de Callista Roy sobre el modelo de adaptación en donde se hace mención que las personas coexisten con su entorno físico y social, y comparten un destino común con el universo además de ser responsables de las mutuas transformaciones, el nivel de adaptación representa las condiciones de los procesos de vida, este se encuentra en constantes cambios determinados por los estímulos que tenga el individuo a lo largo de su vida.²²

En esta etapa de la vida los adultos mayores difícilmente se encuentran adaptados a su entorno, esto es por los cambios en los estímulos focales (estimulo interno y/o externo), estímulos contextuales (factores del entorno que se le presentan a la persona) y los estímulos residuales (factores del entorno que no provocan efectos en la persona), así mismo están influenciados por el rol que juega el adulto mayor en las diversas sociedades.

Dentro de la teoría de adaptación se define el modo de adaptación de desempeño del rol, en donde visualiza al individuo dependiendo del rol que juega en la sociedad, dicho rol es interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, y esta a su vez se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona; lo cual crea una necesidad básica dentro del individuo, en donde subyace la interrogante de saber quién es él mismo con respecto a los demás con el fin de conocer cómo deben actuar.

Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios. Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental (la ejecución física real del comportamiento) y al comportamiento expresivo (se compone de los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel). El rol primario determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un periodo particular de su vida; este se determina por la edad, el género y la fase de desarrollo en la que se encuentra, como es el caso del adulto mayor, así mismo los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase en desarrollo y el papel primario y los roles terciarios están relacionados con los secundarios, y representa las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea. Normalmente los roles terciarios están de forma provisional en la naturaleza, el individuo los escoge libremente y van desde clubes sociales a aficiones personales.¹⁹

Cada uno de estos roles son los que juega un adulto mayor dentro de una sociedad, ya sea desde su propia familia y/o comunidad, dichos roles influyen en la manera en la cual el resto de la sociedad lo concibe y esto puede variar desde verlo como una persona totalmente independiente o verlo como una persona dependiente.

Por otro lado, no se puede hablar de una teoría de enfermería sin conocer como es el metaparadigma que este maneja, en este sentido se observa como Roy define a la enfermería como la profesión dedicada a la atención sanitaria centrada en los procesos humanos vitales y en los modelos que se deben de seguir y le dan

importancia a la promoción de la salud de los individuos, familias, grupos, es decir, la sociedad en general, así mismo hace mención que la enfermería actual ayuda en la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación.¹⁹ Es por esta razón que el profesional de enfermería debe tener las herramientas necesarias para brindar un cuidado de calidad y de forma integral a los adultos mayores, dichas herramientas son adquiridas a lo largo de la formación como es el caso de los alumnos de la licenciatura, quienes se están preparando para hacer frente a los retos del futuro, así mismo satisfacer las necesidades de la población.

Otro paradigma definido por Roy es la persona quienes son sistemas holísticos y adaptables; como todo sistema adaptable, el sistema humano, se define como un todo con partes que funcionan como una sola unidad, para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como un individuo y como grupos, incluidas familias, organizaciones, comunidades y sociedad en general.¹⁹

La salud, Roy la define como el estado y el proceso de ser y convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es la interrelación de la persona y su entorno; es por ello que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integración fisiológica, social y de que la integridad implica un estado perfecto que lleva a completarla.¹⁹

Así mismo Roy menciona que el entorno es el conjunto de las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas, es la aportación de la persona a un sistema de adaptación que engloba factores internos como externos y a su vez estos pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos.

III.3 REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES

III.3.1 EL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Históricamente las sociedades han visto a sus miembros de edad avanzada de muy diversas maneras:

Los antiguos egipcios temían envejecer y experimentaron con una variedad de brebajes y rituales a fin de mantener su juventud. Entre las tribus primitivas, a la vejez llegaban muy pocos, el trato recibido por los ancianos era diferente, dependiendo más de sus creencias, costumbres y tradiciones, mientras a algunos los consideraban la fuente de sabiduría y los cuidaban hasta la muerte, un ejemplo de esto eran los incas del Perú, donde se tenía una organización social donde cada uno de sus miembros tenían tareas y conforme las capacidades de estos disminuían sus tareas iban cambiando. No obstante otras tribus consideraban a los ancianos una carga de la que había que desprenderse; así los indios pina de California los apedreaban, los koyarques y los yacutos los abandonaban en los montes del norte de Siberia. En Japón sacrificaban a los muy viejos en la montaña de la muerte, mientras que en Bali y otras tribus además de sacrificarlos, se los comían.^{12, 23}

En las tribus primitivas la supervivencia diaria estaba por encima de todo. Las duras condiciones del hábitat comportaban la subsistencia de los más fuertes; así, la vejez era alcanzada por pocos, ya que a los viejos, por su debilitamiento físico, les resultaba mucho más penoso hacerse con los requerimientos vitales. En las tribus (yakutas siberianos, fang del Gabón, chinkees del litoral de Siberia), los ancianos eran eliminados o abandonados. En otras culturas como las yaganes de Tierra de Fuego se les aceptaba y respetaba.

En la sociedad griega el mayor gozaba de un gran reconocimiento, un ejemplo de ello fue Platón, discípulo de Sócrates, promovió a los adultos mayores como líderes de la sociedad, hacía referencia que el envejecimiento era el resultado de toda la vida y por ello se tenía que estar preparado para llegar a esta; sin embargo, las personas grandes no eran vistas de la misma forma por todos, Aristóteles les negó la participación en asuntos gubernamentales, él atribuía al envejecimiento la pérdida

de calor interno y de humedad corporal. Algunas de las naciones conquistadas por el imperio romano, los enfermos y los adultos mayores por lo general eran los primeros en ser asesinados.²⁴

En la era Cristiana, Galeno postulaba que el envejecimiento era la pérdida de calor interno, y como consecuencia, la deshidratación y alteración de los humores; de esta teoría derivaron los fundamentos de los cuidados aplicados a los viejos: evitar su enfriamiento, la pérdida de líquidos y la alteración de los humores. Los preceptos bíblicos hacia las personas de edad, junto con el deber asistencial de la doctrina cristiana, tomaron un sentido de responsabilidad colectiva. Así, en las comunidades eclesíásticas surgieron los gerontokomios, hogares para ancianos integrados en establecimientos conocidos como xenodocheion, destinados a atender a todo tipo de necesitados.²⁰

Durante la Edad Media siguieron fuertes sentimientos sobre la superioridad de los jóvenes, esto se expresó en rebeliones de los hijos en contra de los padres, la edad media representó un retroceso en la evolución social de la humanidad y ello repercutió en la situación de la ancianidad. Los viejos estaban excluidos de la vida pública y en el campo, el padre no conservaba su autoridad al envejecer y era suplantado por el hijo mayor quien tomaba posesión de la casa y la propiedad e incluso desplazaba de su habitación al padre.²⁵

En el siglo XVII, Inglaterra creó leyes por lo que se proporcionaba atención a los indigentes y recursos a personas de edad avanzada, los viejos que no tenían familia eran socorridos por el señor o por el asilo, y en las ciudades, por la corporación y su cofradía religiosa, sin embargo esto se perdió durante la Revolución Industrial, sin estas leyes muchas personas de edad avanzada se vieron obligados a mendigar en las calles.²¹

El avance de la Burguesía hizo variar el sistema de valores de la sociedad dando importancia a los contratos y estructuras comerciales y no a las armas, esto influyó en la situación de los adultos mayores, quienes por acumulación de riquezas podían llegar a ser poderosos. Las afirmaciones anteriores permiten contextualizar un poco

el problema existente sobre la percepción de los adultos mayores, Simone de Beauvoir, manifestaba que el tiempo de los mayores es un tiempo ya pasado y que el presente pertenece a los jóvenes, que son los que realizan las actividades. No obstante Ernest Hemingway menciona que la jubilación era una situación forzada a la que muchos mayores llegaban en plenas condiciones.^{14, 15}

En la burguesía se creó una ideología que mejoraba el concepto de la vejez; los ancianos participantes en la vida pública y en las divisiones de clases. En una economía basada en el lucro y en las inversiones para obtener más lucro, la estructura familiar como el abuelo en su cúspide era muy importante. La experiencia era una acumulación de conocimientos y vivencias; por eso, la vejez era un valor. No obstante según Diderot “la vejez es honrada, pero no amada”. Los viejos se volvían filántropos y practicaban la beneficencia, lo que les aseguraba la felicidad personal. En cuanto a las clases obreras aunque en menor medida que la burguesía los ancianos también aumentaban. Por primera vez en la historia, la literatura se interesaba por los viejos pobres. Existió un aumento de los ancianos mendigos por las calles y a la presión social de los trabajadores, la burguesía respondió con la beneficencia y posteriormente con el concepto de estado benefactor que debía hacerse cargo de la situación de los ancianos.²⁰

A finales del siglo XIX con los avances de la medicina se separaron conceptos como vejez y enfermedad, en este periodo las investigaciones científicas en torno a la vejez recibieron un gran impulso y esto propició el surgimiento de la gerontología y geriatría como ciencias formales. La gerontología se definió como el estudio científico del proceso de envejecimiento y de los problemas especiales del adulto mayor y de su entorno, este concepto abarcó aspectos fisiológicos, sociológicos y psicológicos de la vejez. La geriatría, es rama de la medicina que estudia y trata las enfermedades y los cambios físicos de la vejez.²⁶

En Estados Unidos en 1935 se aprobó una ley federal de seguridad para las personas de edad avanzada bajo la Social Security Act. Desde entonces la sociedad estadounidense despertó un gran interés por las personas mayores. En 1939 se inician diferentes proyectos de investigación sobre el envejecimiento. Es hasta 1948

cuando se funda en España la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, que fue el inicio de grandes cambios en la sociedad.¹⁴

Históricamente la edad proporcionaba mayor status en épocas pasadas tanto por razones cuantitativas (había menos ancianos) como cualitativas (la opinión del anciano en asuntos vitales era más escuchada y se valoraba más la experiencia que la innovación). Actualmente la edad no confiere por si sola un status social: el número de adultos mayores aumenta extraordinariamente y su papel social ha perdido importancia ya que se valora más la juventud y los valores asociados a la misma. En este sentido resulta frecuente la expresión de que los adultos mayores tienen un rol sin rol, es decir, una posición social que no posee obligaciones ya que en la sociedad contemporánea las obligaciones son laborales, esto a su vez se convierte en un arma de doble filo, pues la sociedad que por una parte le libera de obligaciones por otro lado lo priva de status social y económico positivo, convirtiendo el rol en carente de sentido para los valores actuales.¹⁰

III.3.2 ROL DEL ADULTO MAYOR EN LA SOCIEDAD

La sociedad establece determinados papeles a las distintas edades de la vida controlando éstos mediante premios y castigos; de aquí que podamos hablar de una edad social. En la mayoría de las sociedades, se regula la educación, los roles familiares, el trabajo en relación a la edad. A este respecto, la vejez tiene distintos significados y valores, dentro de una sociedad, en algunas se emplea como organización social y se soporta bajo una ideología en la que incluye el culto a los ancestros. En estas sociedades la autoridad de los adultos mayores se basa en la posesión del conocimiento; otro concepto que aparece enlazado es el de generación y que a su vez da un sentido propio al envejecimiento.^{10, 27}

Algunas sociedades están organizadas según los grados de edad, siendo modos de control que la sociedad tiene para actividades estratégicas y para el cumplimiento de determinados roles rituales que garantizan la buena marcha del colectivo y dan otro sentido al envejecimiento. En estas sociedades la edad no se cuenta en años,

es más una categoría social, los cambios de edad son cambios en posiciones relativas, de esta manera el envejecimiento se vive por co-implicación.¹⁵

Los sistemas actuales de producción, los modelos familiares vigentes, las características y dimensiones vigentes, los servicios sociales y los planteamientos económicos requeridos por la nueva configuración demográfica se traducen y manifiestan en importantes consecuencias sociales, sanitarias, económicas, geográficas y políticas que preocupan a los gobiernos actuales y significan un importante desafío para la protección social de la ancianidad.^{10,15}

La sociedad como las propias instituciones tienden a considerar que la edad es una información relevante para diferentes aspectos de la vida social y personal, a pesar que le edad es una variable continua, con frecuencia es tratada como si fueran límites y/o categorías naturales.

Existen dos elementos que hacen de la edad un elemento importante en la vida social de las personas:

1. La edad cronológica y la edad biológica son aspectos muy visibles de las personas, esto hace que sean difícilmente ignorados y por lo cual afecta la forma en que son percibidos.
2. El hecho de que sea muy difícil separar la edad y los signos biológicos de esta, hace que existan otros aspectos sociales y culturales, se consideren parte esencial de la categoría de edad.

El deterioro de las capacidades biopsicosociales del adulto mayor, trajo un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia, lo cual está claramente marcado a partir de la jubilación/pensión. La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo, conducen a inadaptación social, y de su intensidad o continuación, resultan serias perturbaciones a nivel de la propia personalidad. Es en este punto donde la familia, juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación y de readaptación, esto va a depender de la familia si es disfuncional o funcional, y/o cuenta con recursos adecuados de soporte social.^{28, 29}

En relación con esta preocupación, en abril del 2002, se celebró en España la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, donde se prestó atención a las características del envejecimiento y el desarrollo, las nuevas pautas para la jubilación, la asociación entre el sector público y el privado, y el aumento de la solidaridad intergeneracional en donde la familia es una pieza clave.¹⁷

III.3.3 ROL DEL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA

Es de gran importancia considerar la familia ya que en esta se originan las primeras manifestaciones de la sociedad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones es mayor. Los roles familiares se asignan al individuo delimitando las posiciones sociales con derechos y obligaciones inherentes y que se aceptan como normales por la mayor parte de la sociedad, dichos roles son ejecutados durante toda la vida del individuo, quien en cada momento desempeña el rol que su trayectoria vital demanda, según su edad y sus condiciones.¹⁰

Las familias nucleares en la actualidad han cambiado los roles y las funciones de las personas, un ejemplo de esto es que en la actualidad los padres dependen menos de sus hijos para sus necesidades y las creencias de que los hijos son el mejor seguro para la vejez se está desvaneciendo; los abuelos si bien cumplen alguna función, no suelen tener un papel tan activo como en el pasado, en especial porque los nietos pueden estar dispersos por todo el país. Estos cambios pueden ser no tan negativos ya que los viejos pueden disfrutar de la independencia y la libertad de las responsabilidades que la vida ofrece a la familia nuclear. El ajuste a los cambios en las responsabilidades y los roles con el tiempo representan un reto importante del envejecimiento.^{10,11}

El rol del abuelo ha experimentado grandes cambios y en los próximos años su dinámica aun será mayor, por el crecimiento significativo de los adultos mayores. Los abuelos del presente tienen por qué llevar añeja la imagen de pasividad física, laboral, económica, política. Aparece la figura del abuelo del siglo XXI como una persona con sus propias vidas, intereses y actitudes políticas en comparación con

otras generaciones. El rol del abuelo mucho más libre que el de padre o hijo, la sociedad no ha asignado conductas normativas al rol, sin embargo siguen vigentes algunos estereotipos asociados al abuelo como un ser anciano y limitado.¹⁰

No obstante en algunas lugares, especialmente en países subdesarrollados los adultos mayores se estrenan en un nuevo papel de abuelo, aunado a los cambios en la escritura y las actividades familiares plantean nuevos desafíos a los abuelos de hoy en día, un ejemplo de ello es que la mayoría de las madres trabajan fuera del hogar, casi un tercio de los niños es criado por uno de los padres, como resultado, los abuelos pueden asumir las responsabilidades de cuidado de los niños en mayor medida de lo que podían hacerlo las generaciones anteriores. En este sentido, los abuelos pueden inclusive proveer una casa o compartirla con sus hijos y nietos, por esta razón se considera que los adultos mayores en ocasiones deben adaptarse a los nuevos estilos de vida y estructuras familiares.¹⁵

La vejez funcional corresponde a la utilización del término “viejo” como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones. Se trata de un concepto erróneo pues la vejez no representa necesariamente incapacidad. La vejez humana origina reducciones de la capacidad funcional debidas al transcurso del tiempo, como sucede con cualquier organismo vivo. Las barreras a la funcionalidad de los adultos mayores son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez.¹⁰

Las concepciones de valía de un adulto mayor varían de un país a otro, y de una cultura a otra; en algunos sitios, los adultos mayores son reverenciados por sus conocimientos, en otros, se han vuelto casi invisible, ignorados por la población general, esto se relaciona estrechamente con el concepto de vejez, que la sociedad tenga, y como consecuencia nos enfrentamos a un juicio social, más que a uno biológico, visualizado a través de un criterio etario, ocasionando con ello un efecto colateral en la interacción de los adultos mayores con la sociedad.¹⁶

III. 3. 4. ADULTO MAYOR COMO UN SER CUIDADO, CUIDADOR Y/O GUÍA

La vejez es un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo en cuanto a la participación en actividades económicas, y sociales, según el género y las normas sociales.³⁰

Las interacciones familiares y los intercambios de apoyo entre las personas mayores y sus hijos son muy frecuentes en América Latina, aun cuando las familias han reducido su tamaño y las hijas se han involucrado más en trabajos remunerados fuera del ámbito doméstico, todo ello permite observar que cada vez se producen un fuerte intercambio de recursos financieros, instrumentales y emocionales entre los padres y los hijos.³¹

➤ *Ser cuidado*

La carga de las enfermedades en la vejez refleja grandes divergencias por sexo, que van de acuerdo con la acumulación de riesgos asociados a los papeles sociales desempeñados a lo largo de su vida.

En México existen solo 250 geriatras en todo el país para atender a 7.3 millones de ancianos. Hoy en día existe un déficit importante de personal médico especializado para cubrir la demanda de esta población por lo que es necesario capacitar en gerontología a médicos, psicólogos, oftalmólogos, trabajadores sociales, enfermería, nutriólogos, entre otros profesionales, para cubrir las demandas de esta población y con ello garantizar su calidad de vida.³²

Chawla citado por Zavala en el 2006 afirma que los adultos mayores no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma como son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Sin bien es cierto que el envejecimiento implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga activo y autovalente.³³

La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar. ³²

➤ *Cuidador y/o guía*

La experiencia del envejecimiento está diferenciada según la condición de género y de los roles tradicionalmente asignados, los hombres como proveedores y las mujeres como cuidadoras de otros, las mujeres siguen cumpliendo con el papel social y culturalmente asignado de proveer y de seguir trabajando en el hogar, sin embargo los hombres han sido desplazados en la sociedad como proveedores de dichos hogares.³⁴

La gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados.³⁵

La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente; es por esta razón que a los adultos mayores se le delegan responsabilidades dentro de la familia como es el cuidado de los nietos, anteriormente esta función se relacionaba más con las mujeres, sin embargo y por lo cambios que está viviendo la sociedad, este rol hoy en día es desempeñado por los hombres.³²

Otro punto que nos lleva a la crianza de los nietos por parte de los adultos mayores lo puntualiza Knipscheer citado por Triado quien menciona que se está viviendo una verticalización en las familias, este fenómeno se refiere por una parte al menor número de miembros generacionales de las familias y por lo cual existe una mayor probabilidad de coincidencia de múltiples generaciones dentro de una misma familia, por ello las relaciones intergeneracionales y los vínculos que los abuelos establecen con sus nietos son temas que impactan en las familias, así mismo el tiempo que ellos comparten entre sí.³⁶

La relación entre abuelos y nietos también se diferencia entre género, en este sentido, las abuelas parecen enfatizar más los aspectos emocionales de la relación con sus nietos y al mismo tiempo resaltan más que los abuelos la dimensión de demanda y recepción de consejos y ayuda por parte de los nietos, lo que podría indicar que el tipo de relación que se establece con los nietos es menos asimétrica en el caso de las abuelas de los aspectos emocionales y menor asimetría en el caso de los abuelos y abuelas.³⁴

Hernández menciona en este sentido que los adultos reciben principalmente de sus hijos ayuda económica, apoyo emocional, cuidados en momento de enfermedad y ayuda doméstica; los adultos mayores por su parte entregan apoyo material y consejos, y muchas veces ayudan cuidando a los nietos, como lo reportan algunos estudios focalizados.³⁰

III.4 VIEJISMO

El diccionario de sinónimos y antónimos de la lengua castellana contempla cuatro palabras como sinónimos de vejez, que se podrían manejar con carácter definitorio o descriptivo: ancianidad, senectud, longevidad y senilidad, a este respecto se puede señalar que no son las palabras las que en muchas veces tienen significados negativos o despectivos, es decir, depende del tono en que se emplee y del sentido que se les quiera dar. Estas distintas connotaciones semánticas de los términos referidos a la edad son indicadores de existencias de ciertas falsas concepciones

en torno a la vejez, en este sentido el envejecimiento/vejez es un proceso rodeado de muchas concepciones falsas, temores, creencias y mitos. La actitud ante la vejez y su consideración tanto médica como social, responden a costumbres culturales y comprenden enfoques disímiles, según las épocas históricas.^{10,16.}

A finales del decenio de 1700 las actitudes empezaron a cambiar; la gente empezó a temer el envejecimiento la gerontofobia y a idealizar la juventud. Según la forma popular en esa época del testamento evangélico, se consideraba que los adultos mayores habían rebasado la edad de redención y su sabiduría no era valorada. El mundo laboral también ha cambiado de una sociedad agraria donde las personas mayores poseían y dirigían las granjas a una sociedad industrial que dependía de trabajadores más jóvenes y fuertes. Los médicos consideraban a la vejez como una enfermedad incurable, incluso hasta a principios del siglo XX. El ser viejo se consideraba un problema médico y social hasta 1930, los médicos se daban cuenta que el envejecimiento no es más que un proceso.¹⁸

En el decenio de 1950-59 se crearon grupos donde los profesionales trataban temas relacionados con el envejecimiento desde una perspectiva social, económica, y de salud; a partir de 1980-89 dichas investigaciones tomaron un rumbo diferente y se crea un enfoque para ayudar a la población geriátrica creciente a mantenerse saludable e independiente posible.

A pesar de tal progreso, muchas personas todavía tienen prejuicios y conceptos equivocados sobre la vejez, este tipo de prejuicios consideran a los viejos poco atractivos, no productivos y carentes de inteligencia, esto a su vez puede generar comportamiento destructivo e irracional hacia los adultos mayores y devalúa sus contribuciones a la sociedad.³⁷

El término de viejismo denota a cualquier actitud, acción personal o de estructura institucional que subordina a una persona o grupo por razones de edad o, como asignación de roles discriminatorios en la sociedad, únicamente basados en la edad. La terminación ismo denota un prejuicio en la sociedad en contra de los viejos; se caracteriza por prejuicios, estereotipos y discriminación contra los adultos mayores,

sustentados en las creencias de que en la vejez son menos atractivas, capaces y productivas.³⁸

El primero en hablar sobre vejeismo fue Butler en 1975, quien lo definió como el proceso de sistemática estereotipación y discriminación contra las personas por el hecho de ser viejas, ya que se categorizan como personas seniles, rígidos de acción y pensamiento; esto permite a la sociedad joven verlos como personas diferentes y sutilmente dejan de reconocerlos como seres humanos.³⁹

De acuerdo con Butler y Lewis existen una serie de factores que han sido la columna vertebral de la construcción del fenómeno del vejeismo. Desde una perspectiva crítica encontramos que estos factores están directamente relacionados con la instauración del modelo capitalista, con las corrientes de pensamiento y valores, estos factores son: 1) el temor a la muerte, 2) una cultura de la juventud visto desde una sociedad industrializada, 3) el énfasis en la productividad, relacionado estrechamente con modelos económicos, capitalistas y 4) los enfoques en el estudio del envejecimiento.⁸

Palmore en 1990, analiza el fenómeno de vejeismo, no solo a partir de las actitudes y prácticas sociales de aquellos que por ignorancia o prejuicio son viejistas, sino de todas aquellas situaciones sociales que sin aparente intención colaboran en la perpetuación de esta condición.⁴⁰

Se ha señalado diferentes rasgos, características y expresiones psicológicas y sociales relativos a la vejez vinculando con el vejeismo. En este sentido la Asociación Americana de Psicología, señala que el vejeismo se representa en diferentes formas y niveles y se expresa de las siguientes maneras: 1) Actitudes discriminatorias hacia los adultos mayores; 2) Comportamientos discriminatorios contra los adultos mayores; 3) Comentarios prejuiciosos hacia la vejez; 4) Tratamientos y servicios diferenciados por adultos mayores; 5) Discriminación de los adultos mayores por prácticas y políticas institucionales. Asimismo, se reconoce estereotipos negativos de la vejez de tipo psicológico, en los que se asume que los viejos “son ansiosos, temerosos, se fatigan fácilmente, presentan confusión mental y son muy irritables”.

Por otro lado, también se manifiestan estereotipos positivos, señalando que con el envejecimiento se logra mayor inteligencia y sabiduría o que las funciones cognitivas no cambian con la edad. Tanto los estereotipos negativos como los positivos tienen un efecto contraproducente para las personas mayores, ya que carecen de objetividad y fundamento científico. Por tal motivo, la Asociación Americana de Psicología en el año 2002 emitió una resolución en la que rechaza el viejismo en todas sus formas.⁴⁹

El viejismo es visto como una forma extrema de gerontofobia, sugiere que el simple hecho de tener mayor edad, puede ser un factor de riesgo, este prejuicio está basado en la edad cronológica y en las características que se entienden, acompañan a la cohorte de edad mayor, como: aumento en fragilidad, problemas crónicos de salud, inactividad física o mental, recursos financieros inadecuados; Erdman Palmore menciona tres tipos de gerontofobias: a) Gerontofobia social, se manifiesta en forma de retiro forzoso, políticas discriminatorias en los servicios de cuidado de la salud; b) gerontofobia profesional, se puede encontrar cuando los profesionales tratan a las personas mayores como niños; c) gerontofobia comunal, puede reflejarse en la falta de atención comunal a las necesidades de los adultos mayores.²⁰

A pesar de que los mayores representan un grupo de edad muy diverso e individualizado en la población, aún son estereotipados por los siguientes conceptos erróneos:¹⁴

- Las personas mayores están enfermas y discapacitadas.
- La mayoría de las personas de edad avanzada se encuentran en residencias de adultos mayores.
- La demencia llega con la vejez.
- La gente es muy tranquila y/o conforme envejece se pone de mal humor.
- Los adultos mayores tienen una inteligencia inferior
- Son resistentes a los cambios.

- Las personas mayores no son capaces de tener relaciones sexuales y/o no están interesadas en el sexo.
- Existe poca satisfacción en la vejez.

Los contextos económicos, políticos y sociales de la cultura occidental, proporcionan la representación social, basada en ideas erróneas de la vejez, el viejo y el envejecimiento, dichos contextos sustentan los prejuicios y estereotipos, a su vez estos se reproducen en discriminación, a la par esto produce consecuencias como el hecho de que los jóvenes no tengan ideas realistas sobre el envejecimiento y como si fuese un ciclo vicioso ocurre de nuevo las malas actitudes, la falta de comprensión e inclusive la discriminación.¹⁸

III.4.1 ESTEREOTIPOS

Son creencias sociales compartidas sobre grupos o categorías sociológicas. Para Litmann los estereotipos son estructuras cognoscitivas, imágenes mentales que ayudan al individuo a llevar a cabo el procesamiento de la información que obtiene del ambiente.⁴¹

En este sentido Neugarten menciona que las creencias estereotípicas se aprenden desde edades muy tempranas de forma pasiva y activa, así mismo se considera que son resistentes al cambio e inclusive pueden presentarse aun teniendo ya información que contradiga estas creencias, sin embargo y a pesar de ello se encuentran estrechamente relacionadas con la falta de información, entre otros aspectos, sobre los atributos de personalidad, los roles sociales y los eventos o experiencias vitales, que se consideran característicos de cada grupo de edad, por lo regular las características positivas están más relacionadas con adultos menores de los 70 años mientras que para los mayores se relacionan a menudo con características negativas.^{8, 42}

El estereotipo “psicológico” de la vejez ha acentuado el concepto de deterioro y declive de los recursos psicológicos sensoriales, atencionales, memorísticos,

cognoscitivos, aptitudes o de habilidades, de personalidad, de carácter, etc., potenciando el mito de la vejez como etapa de escasa o nula creatividad, de aislamiento intimista, de ansiedad y depresiones, de comportamientos rígidos e inflexibles, de cambios de humor injustificados y generalmente marcados por las vivencias penosas, no obstante es frecuente encontrar a personas mayores creativas, activas y bien adaptadas personal y socialmente. ⁴³

El estereotipo “sociológico” de la vejez ha incidido tradicionalmente en las connotaciones de inutilidad, aislamiento, improductividad y desvinculación de la persona mayor respecto a los intereses sociales y relacionales comunitarios. Más recientemente, la equiparación de vejez con etapa de la jubilación, generalmente deficitaria en recursos económicos, ha acentuado la imagen peyorativa que suele rodear a la figura de la persona mayor. ²³

El estereotipo “biológico” o consideración médica sobre la vejez ha incidido en la concepción del envejecimiento como involución y senilidad. La equiparación de vejez y persona mayor con senilidad contribuye injustamente a concebir la vejez como etapa vital cargada de achaques físicos, con abundancia de enfermedades y trastornos psicofisiológicos y, por lo tanto, como etapa necesitada de permanente asistencia médica en hospitales y residencias de personas mayores, desde la perspectiva de la cercanía de la muerte.⁴⁴

Los estereotipos se activan con la presencia de señales asociadas a la edad como el aspecto físico, esto pueden ser de manera inconsciente por las personas, estos orientan la percepción, los juicios y las decisiones sobre las personas que guían las conductas. También es posible que estos efectos se produzcan de forma no consciente.¹⁹

III.4.2 PREJUICIOS.

Es una predisposición categórica para aceptar o rechazar a las personas por sus características sociales reales o imaginarias. La conceptualización del prejuicio, comienza a partir de los estudios sobre el fenómeno del racismo simbólico y ha

tenido diferentes acercamientos teóricos. Desde la psicología social, los prejuicios se relacionan con la formación de impresiones o atributos sobre personas o estímulos, debidos al contexto o a la experiencia.^{22, 45}

Los prejuicios tienen la capacidad para transformarse y adaptarse a los valores de la sociedad, asimismo, muestran una tendencia a no expresar directamente su naturaleza, a negar su discriminación implícita o explícita, pero se refugian en sobreentendidos, supuestos y afirmaciones implícitas. Mezclan su sentido negativo con la defensa de valores morales tradicionales o derechos, incluso aparentemente son compatibles con normas de tolerancia e igualdad.¹⁴

Las causas que dan origen a los prejuicios tienden a dividirse en racionales e irracionales, unas tienen su origen en hechos reales, dentro de las causas más comunes encontramos: a) La generalización, es una conducta típica en la cual se considera a un grupo con comportamiento similar; b) Los mitos, es frecuente que en determinadas sociedades algo que no es cierto, un mito, se acepte como real y se utilice para desacreditar a ciertas personas y al grupo al que pertenece; c) El resentimiento, el prejuicio surge de una situación, rencor o inferioridad injustificada; d) Conflictos interculturales, un grupo nacional trata de demostrar su poder difundiendo prejuicios sobre otros grupos.^{23, 24}

Independientemente de la causa, un prejuicio no obedece cuestiones genéticas o hereditarias, por el contrario es una conducta aprendida inicialmente en la familia y más tarde en la sociedad: “La conducta humana no está preconfigurada, sino influida por factores internos y externos como el medio cultural en el que se ha vivido o se vive”.⁴⁶

III.4.3 MITOS

El mito se define como el conjunto de creencias sobre una misma idea, que se impone en el seno de una colectividad. Encarnan los fenómenos fundamentales de la vida: el amor, la muerte, el tiempo, etc. Para cada sociedad el mito representa

una manera de ser y su relación con el medio natural en el que vive. Los mitos transmiten valores y creencias de una determinada cultura, y generalmente aparecen para explicar lo inexplicable, siendo una manera de oscurecer la verdad.⁴⁷

La imagen social de las personas mayores no es un concepto inocente ni fortuito sino un concepto clave del tratamiento que las personas y la propia sociedad dan a los ancianos, de las políticas sociales diseñadas para los mayores, y del comportamiento y de las expectativas que los adultos mayores tienen de sí mismos. Las creencias populares, todavía, están llenas de dichos e imágenes, “mitos”, que equiparan o relacionan al adulto mayor con deterioros y pérdidas físicas, psicológicas y sociales. Esta realidad genera actitudes y comportamientos negativos frente a las personas mayores.^{24,27}

Cuando los prejuicios en torno a la ancianidad llevan a tratar negativamente a las personas de cualquier edad en cualquiera de sus roles sociales, aparece la discriminación, presente en todas las sociedades principalmente en aquellas que se basan en valores jóvenes, en donde se diseñan roles para las personas de edad.¹⁰

III.5 DISCRIMINACIÓN

En términos sociales la discriminación implica alguna forma de marginación social fundada por un juicio adverso respecto a ciertos individuos o grupos. Es decir, es una distinción injustificada que se ejerce sobre personas que se encuentran en una situación análoga y su efecto es un trato desigual para determinadas personas, grupos o comunidades.⁴⁸

Las causas que originan dicha discriminación: 1) La diferenciación: en la declaración universal de los derechos humanos, todos los seres humanos somos iguales en dignidad y derechos, sin embargo, la necesidad de diferenciar y calificar obedece a la institución de las personas para contar con un elemento que les permitan justificar sus conductas discriminatorias, esto ha propiciado que, de acuerdo a necesidades e intereses particulares, la sociedad se encuentre dividida en grupos, desintegrada por diferencias que se establecen entre ellos; 2) Los prejuicios: la discriminación es

el resultado de una serie de prejuicios que tiene una persona acerca de otra o de un determinado grupo social, por ejemplo se tiene la noción común y estereotipada del anciano enfermo, pasivo, improductivo y que constituye una pesada carga para la familia y la sociedad.¹⁶

La persona que discrimina no reflexiona sobre el origen de su conducta, resulta más sencillo dar por cierto un sin número de situaciones, en lugar de reflexionar sobre ello y cuestionar su validez para modificarla, algunos autores afirman que el prejuicio es la fuente original de la discriminación siendo relativamente más sencillo luchar contra la discriminación que acabar con el prejuicio.⁴⁹

La discriminación por edad ocurre en la fuerza laboral; muchos empleadores se niegan a contratar trabajadores de edad avanzada. Algunos profesionales de la salud son culpables de tener esta actitud. En algunas investigaciones realizadas hacia los profesionales de salud se muestra que la mayoría de estos ofrecen menos información sobre la atención a los pacientes mayores que a los más jóvenes, puesto que se considera que los adultos mayores no necesitan el mismo nivel de evaluación y tratamiento que los más jóvenes.^{28,29}

La discriminación es progresiva, debido a que una persona puede ser discriminada por distintas causas, los efectos de la discriminación se acumulan e incrementan, producen un daño grave, por esta razón que los Derechos Humanos deciden tomar un carácter preventivo en cuanto al tema de discriminación, dentro de los principales instrumentos internacionales están:⁵⁰

- Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial adoptada el 20 de noviembre de 1963. En su primer artículo establece que la discriminación por motivo de raza, color y origen étnico.
- Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la región o en las convicciones, adoptada el 25 de noviembre de 1981. Establece que el desprecio y la violación de los

derechos humanos y las libertades fundamentales equivale a instigar el odio entre los pueblos.

- Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, adoptadas desde el 18 de diciembre de 1992, en donde se afirma que la promoción y protección de los derechos de las personas pertenecientes a minoría, contribuyen a la estabilidad política y social de los estados en que viven.⁵¹

Las consecuencias de discriminación comprenden la satisfacción de las necesidades básicas, la discriminación equitativa de los recursos, el acceso universal de los servicios de salud y de educación, la igualdad de oportunidades, así como la protección de los grupos vulnerables. Dentro de estas consecuencias las más reconocidas son: 1) Suspende o restringe el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas de la tercera edad; 2) Fomenta la intolerancia y la aceptación de las prácticas discriminatorias en contra de este grupo poblacional; 3) Excluye a las personas de la tercera edad de los beneficios del desarrollo e incrementa los índices de pobreza en que viven algunos de ellos; 4) Aumenta el aislamiento, la marginación, el abandono y el sufrimiento de algunos adultos mayores; 5) Difunde y fortalece prejuicios en contra de este grupo vulnerable; 6) Contribuye a la ausencia de un sentido de solidaridad que implica la falta de comprensión y empatía con el sufrimiento humano; 7) Propicia una división en la sociedad, una parte de ésta rechaza la posibilidad de destinar una mayor cantidad de recursos para atender a este sector de la población. Independientemente de las causas, los tipos o la forma de discriminación tienen el mismo fin en una sociedad, es decir causa división esto es debido a que cada grupo busca su beneficio particular.¹⁶

La discriminación debe ser analizada a la luz del derecho a la igualdad, este es una de las más altas premisas reconocidas por la comunidad internacional y constituye la piedra angular de la teoría de los Derechos Humanos. Es por ello que la declaración de los Derechos humanos establece en su artículo 1º Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. 2º Toda persona tiene

todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. ¹⁶

III.5.1 DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES

En el siglo pasado, el envejecimiento formaba parte del ciclo de vida de toda persona, no se consideraba un verdadero problema en nuestro país como para justificar el surgimiento de legislación especializada en la materia. Fue hasta 1979 que, a través de la creación del Instituto Nacional de la Senectud, el Gobierno Mexicano dio muestras de atención a una parte de la población que lo reclamaba a gritos. En las entidades de la República, fue Campeche el pionero en la creación de Legislación especializada, siendo así, que en 1993, fue publicada en el Periódico Oficial del Estado la Ley de Protección a Minusválidos y Senescentes. En 1991 la Organización de Naciones Unidas (ONU), aprobó una serie de principios a favor de los adultos mayores: ^{28, 52}

a) De independencia: Comprende los derechos de alimentación, agua, vivienda, y atención sanitaria, mediante ingresos económicos de ser posible propios o suministrados por su familia y la comunidad; la posibilidad de trabajar o de tener acceso a otra fuentes de ingreso; la oportunidad de participar en la determinación del momento y la forma en que dejarán de desempeñar actividades laborales; el beneficio de programas educativos y formativos adecuados; la opción de vivir en medios seguros, adaptados a sus preferencias personales y a sus capacidades. ³²

b) De participación: Que incluye el derecho de permanecer integrado a la sociedad, el de participar activamente en la formulación y la aplicación de las medidas que afectan directamente su bienestar y el de compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes. ³²

c) De cuidados: Que abarca los derechos de disfrutar de la protección de la familia y de la comunidad de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad; recibir servicios de atención a la salud que ayuden a mantener o recuperar un buen nivel de bienestar físico, mental y emocional, contar con los servicios sociales y jurídicos que aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.³²

d) De autorrealización-plenitud humana: Referente a los derechos de aprovechar todas las oportunidades para desarrollar el potencial personal, y de acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.³²

e) De dignidad: Comprende la noción de una vida digna y segura, libre de explotación y de maltratos físicos y mentales.⁵³

La profesión de enfermería en México ha sido desarrollada prioritariamente por personal de nivel auxiliar y técnico que ha concentrado su quehacer en la aplicación de técnicas y procedimientos soslayando el desarrollo de métodos y procesos globalizadores, así como el conocimiento de aspectos teórico-metodológicos que dan fundamento a la práctica profesional, aun cuando la formación de recursos con nivel de licenciatura en enfermería tiene 25 años de haberse iniciado. Asimismo la necesidad de proporcionar una atención de alta calidad en todo el sector salud, los avances científicos y tecnológicos y competencias internacionales requieren de personas altamente calificadas, con preparación equiparable de los demás profesionales del equipo de salud.⁴⁰

La etapa de transición que el país presenta y al advenimiento del nuevo milenio, motivó a la FES Zaragoza, a idear un plan para establecer a nivel de licenciatura en enfermería estrategias para cubrir las nuevas necesidades de la sociedad. En este contexto el plan de estudios fue conformado por alrededor de tres grandes ejes curriculares que guían su desarrollo: ciclo de vida, proceso de salud enfermedad y niveles de atención.

III. 6 FORMACIÓN ACADÉMICA

A través del tiempo la educación se ha ido transformando y adaptando a las necesidades de la sociedad, esto lo afirma Tyler al mencionar que la educación pasó a concebirse como un proceso sistemático destinado a producir cambios en la conducta de los estudiantes por medio de la introducción. En este sentido el sistema educativo no solo debe concebirse como un sistema dentro de una institución, sino como un conjunto de actividades sistemáticas que surgen de la sociedad, desde diversas organizaciones y desde distintos puntos de vista, tienden a preparar al hombre para que pueda insertarse dentro de la misma, bajo esta concepción, es posible afirmar entonces que el sistema educativo está constituido por tres campos integrados: el campo formal, el no formal y el informal.⁵⁴

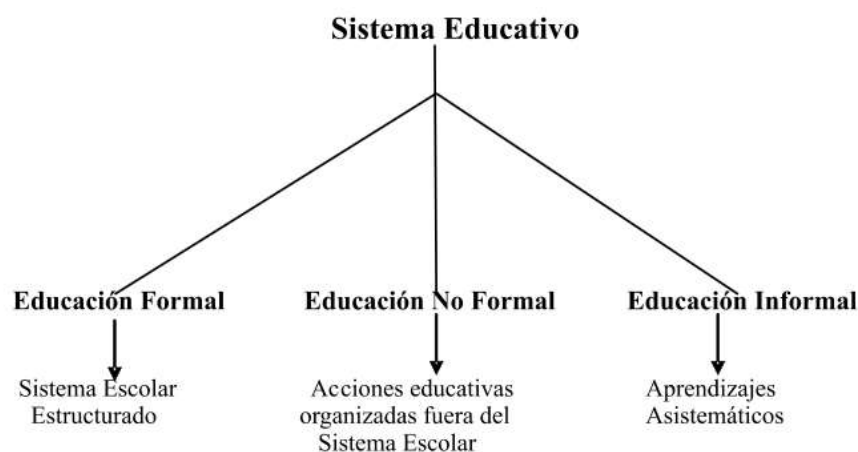
La educación formal y la no formal comparten la intencionalidad educativa y las diferencias entre las formas que ambas asumen, pueden pensarse, más que como radicalmente opuestas, como un continuo en el que en un extremo se colocaría un tipo de educación formal y en el otro extremo formas flexibles de educación no formal.⁴²

Educación informal Proceso a lo largo de la vida a través del cual cada individuo adquiere actitudes, valores, destrezas y conocimientos de la experiencia diaria y de las influencias y recursos educativos de su entorno de familia y vecinos, del trabajo y el juego, en el mercado, biblioteca y en los medios de comunicación.⁴²

La educación no formal se estructura de forma paralela a la educación formal, ya que ambas están institucionalizadas, son racionales, están planificadas, poseen objetivos, utilizan técnicas y materiales que también son propios de las escuelas, además son evaluables, el profesorado docente u orientador, actúa de forma parecida.⁵⁵

La educación formal es un sistema educativo jerarquizado, estructurado, cronológicamente graduado que va desde la escuela primaria hasta la universidad e incluye, además de los estudios académicos generales, una variedad de programas especializados e instituciones para la formación profesional y técnica a tiempo completa.⁵⁵

Visto de esta manera el sistema educativo adquiere un carácter más amplio, lo que permite dar cabida a una mayor diversidad de actividades, experiencias y acciones con propósitos educacionales, ubicadas en el contexto formal, no formal e informal.



Fuente: Colom. Continuidad y complementariedad entre la educación formal y no formal. 2005

III.6.1 PLAN DE ESTUDIOS

Las instituciones de educación superior tienen como principal propósito el formar individuos competentes basados en el perfil profesional, el cual es un modelo de los desempeños que debe desplegar un profesionalista ante la problemática social, para enfrentar a esta con eficacia y eficiencia, en donde las demandas de la sociedad exigen que los profesionales adquieran nuevas habilidades y competencias.³³

En base a lo anterior es necesario conocer el perfil del egresado en el que se deben especificar las funciones profesionales de carácter complejo e integral que el

estudiante debe demostrar como resultado de su formación profesional, dichas funciones pueden ser el conocimiento que deben dominar, la destreza que pueden realizar, asimismo los valores y actitudes con los cuales llevan a cabo el ejercicio profesional, sin embargo esto depende en gran medida del buen diseño de los planes de estudio.³³

Los planes de estudio de las licenciaturas se deben revisar periódicamente cada cinco años y los programas de estudio después de cada semestre colectivamente, no obstante, la complejidad multidisciplinaria que encierra la construcción de estos proyectos requiere de la formación en diversos planos, tales como: el teórico, metodológico, instrumental y práctico, en los cuales se conjugan diversas disciplinas que intervienen en la formación de un profesionista.⁵⁶

En este sentido se concibe al plan de estudios como un documento académico de carácter normativo avalado por una institución educativa que plantea de manera fundamentada y organizada un proyecto dinámico de formación de profesionistas que responde esencialmente las necesidades de carácter social, económico y científico-tecnológico, dicho proyecto debe ser objeto de estudio y evaluación sistemática. La fundamentación de este debe considerar los aspectos socioeconómicos del país, las necesidades sociales que se espera atienda el egresado, las características y cobertura de la función de egresados, y el campo de trabajo actual.⁴⁴

La estructura curricular es el armazón que sostiene un conjunto de unidades didácticas, se da por líneas, ejes o áreas curriculares. La organización curricular hace referencia a la agrupación y ordenamiento de los contenidos en determinada secuencia para conformar de manera coherente las unidades didácticas que integran un plan de estudios. En un sentido más restringido el currículum se refiere al conjunto de conocimientos disciplinarios que se materializan en un plan de estudios, donde son influenciados por factores como filosóficos, sociológicos, psicológicos, jurídicos, históricos y administrativos, dichos factores contribuyen a

determinar la calidad de la educación, con ello refleja la eficiencia del desempeño de los profesionales formados. ⁵⁷

Una línea, eje o área curricular se constituye en un conjunto de unidades didácticas cuyos contenidos de carácter teórico, metodológico, instrumental y práctico se agrupan en torno a un campo del conocimiento, de la práctica profesional o una temática. Los contenidos se organizan en el plan de estudios por asignatura, módulo o de manera mixta, incluyendo asignaturas, estas a su vez han tenido un enfoque disciplinar y teórico. ⁴⁵

El planteamiento modular es una nueva estrategia que ayuda a solucionar problemas en relación a la organización de las asignaturas. En este sentido se concibe al módulo como una estructura integrativa y multidisciplinaria de actividades de aprendizaje que en un lapso flexible permite alcanzar objetivos educacionales de capacidades destrezas y actitudes, que le permite al alumno desempeñar funciones profesionales. Entre las principales características se encuentra una mayor relación teoría-práctica, cada módulo proporciona un soporte teórico, metodológico, instrumental y práctico, con el fin de que el alumno desempeñe funciones profesionales. ⁴⁵

Para la elaboración del diseño curricular se parte del modelo del especialista, que incluye la caracterización del graduado, que resume el tipo de egresado que se aspira a formar, sus valores, cualidades humanas y concepción filosófica, así como el perfil profesional, en cuya definición deben tenerse en cuenta las habilidades, capacidades, competencias y los conocimientos que se requieren en la profesión y que son desarrollados en el contexto educacional.

Modelos de organización curricular

Los modelos propician un tipo de formación diferente en el estudiante ya sea: rígido (los estudiantes siguen la misma ruta de formación profesional), semiflexible (el plan de estudios cuenta con cursos obligatorios y algunos optativos, establece un

sistema de créditos), flexible (los planes de estudio son de tipo tutorial y se centran en el desarrollo de proyectos de investigación).⁴⁶

Uno de los aspectos centrales que se requieren en la formación profesional es que los estudiantes adquieran una consistente formación teórica, para que sean capaces de efectuar un debate que les permita generar un pensamiento original. Para ello es necesario que lo teórico se incorpore de manera significativa en los planes de estudio, con un sentido lógico, de manera tal que permita al estudiante la reconstrucción de conocimientos en donde los aspectos técnicos se integren y adquieran sentido en función de una determinada perspectiva teórica.

Sin embargo no se deben dejar de lado los fundamentos prácticos, donde se requiere fortalecer la formación de profesionales en la relación de teoría y práctica de manera articulada y coherente de tal manera que la práctica no se de en forma aislada, sino fundamentada en una postura teórica, estableciendo una relación dialéctica entre ambas en la construcción del conocimiento.⁵⁸

Las universidades son las instituciones en las cuales se hace énfasis en la producción del conocimiento a través de las investigaciones ya que estas son una actividad que es llevada a cabo por ciertos sectores del personal académico.

Otro aspecto que es fundamental considerar en la formación profesional es el vínculo establecido entre el desarrollo cultural y la sociedad en general puesto que se puede llegar a deshumanizar el profesional, por tal motivo se necesita que el egresado conozca la situación en que se encuentra la sociedad en la cual va a ejercer y comprenda el papel que como profesionista va a desempeñar en la misma.

III.6.2 PLAN DE ESTUDIOS FES ZARAGOZA (Anexo 1)

PRIMER AÑO

- *Módulo Ecología Humana*
- *Módulo: Introducción a la Enfermería Profesional*
- *Módulo: Enfermería Comunitaria*

SEGUNDO AÑO

- *Módulo: Enfermería en el proceso reproductivo*
- *Módulo: Enfermería en el crecimiento y desarrollo*

TERCER AÑO

- *Módulo: Enfermería Pediátrica*
- *Módulo: Médico Quirúrgica I*

CUARTO AÑO

- *Módulo: Médico Quirúrgica II*
- *Módulo: Educación en Enfermería*
- *Módulo De Integración: Gineco-Obstetricia, Salud Pública, Pediatría, Médico Quirúrgica, Gerontogeriatría*

III.7 EL ROL DE ENFERMERÍA

La población de edad avanzada experimenta un menor número de enfermedades agudas que los grupos de menor edad y una tasa de mortalidad más baja por estos problemas, sin embargo, las personas mayores que desarrollan enfermedades agudas suelen requerir periodos más largos de recuperación y tienen más complicaciones por estos padecimientos. ⁴⁷

La enfermedad crónica es un problema importante para la población de mayor edad. Casi todos los adultos mayores padecen al menos una enfermedad crónica y por lo general tienen múltiples enfermedades de este tipo, lo que se denomina comorbilidad, que les obliga a manejar el cuidado de varios trastornos al mismo tiempo. Los padecimientos crónicos dan lugar a algunas limitaciones en las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales. Cuando mayor es la persona, más alta es la probabilidad de que tenga dificultades con las actividades de cuidado, persona y la vida independiente. ⁴⁷

El creciente número de personas mayores de 65 años ha impactado a las agencias de servicios sociales y de salud y a los proveedores de atención médica, incluidas las enfermeras gerontológicas y conforme este grupo aumenta, las agencias y proveedores deben anticipar las futuras necesidades de los servicios y el pago de estos. La población con edad avanzada tiene tasas más altas de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y visitas médicas que otros grupos etarios. ⁴⁷

Los profesionales de enfermería con experiencia en el cuidado de las personas mayores o gerontológicos estarán especialmente demandados por su comprensión de los cambios normales en el envejecimiento y la forma en que aparecen los síntomas de las enfermedades y las patologías en las personas mayores. El cuidado de la persona mayor frágil o de las personas con múltiples enfermedades crónicas o comorbilidad. ⁴⁷

Las distintas necesidades sanitarias de una persona mayor requieren distintas respuestas en el sistema sanitario, sin embargo, la escasez de profesionales en esta área tiene graves consecuencias para la calidad de la asistencia al paciente.⁵⁹

Los adultos mayores son supervivientes que han soportado factores estresantes, ambientales, emocionales, sociales y un desgaste físico natural, es por esta razón que son los principales consumidores de los servicios de atención sanitaria, así mismo requieren que las enfermeras les proporcionen lo más nuevo en cuento a cuidado de enfermería.

Los adultos mayores son los principales consumidores de servicios de atención sanitaria; a medida que este grupo aumenta, supondrá mayores demandas financieras sobre un sistema sanitario ya agravado. A la enfermera se le presenta el reto de encontrar nuevos caminos para orientar sus múltiples necesidades en una era en la que la asistencia de calidad, el acceso y el coste demandan una reforma de asistencia sanitaria.

La enfermera debe identificar y resolver los sentimientos personales sobre la vejez, y en especial sobre el propio proceso de envejecimiento. Debe desarrollar una filosofía que sea contraria a los puntos de vista negativos que la sociedad mantiene hacia la vejez. Esta filosofía debe reforzar una visión del envejecimiento orientada a la madurez en lugar de reforzar la tendencia actual de considerar a la vejez como un declive.

Las personas mayores presentan una gran diversidad en términos de estado de salud, origen cultural, estilo de vida, hábitat, nivel socioeconómico y otras variables, es por esta razón que es necesario formar y crear una cultura en donde se valoren todos los aspectos que rodean a los adultos mayores, por esta razón surge la gerontología.

III.7.1 GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Es una ciencia que estudia el envejecimiento en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En contraste con la geriatría es la especialidad médica, encargada del estudio y atención (preventiva y curativa) de los principales problemas de salud y sus repercusiones sobre la funcionalidad física, mental y social de los adultos mayores.¹²

III.7.1.1 ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

La enfermería gerontológica se ocupa de valoración de las necesidades de las personas ancianas, la planificación e implementación de los cuidados de enfermería para satisfacer las necesidades, y de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.¹²

Las enfermeras, siempre interesadas en el cuidado de las personas mayores, parecen haber asumido más responsabilidad que otras disciplinas profesionales con esta población en particular, esta práctica ha sido poco popular en el área de enfermería, así mismo las instalaciones, los programas, es decir, los recursos con los que contaban para atender a esta población eran insuficientes en calidad y cantidad, así mismo la atención se centraba en la población enferma en lugar de la sana.

Durante muchos años, la atención de los adultos mayores era una especialidad poco estudiada de la práctica enfermera, así mismo las enfermeras geriátricas (aquellas que cuidaban a los adultos mayores enfermos), se consideraban inferiores en sus capacidades, no lo suficientemente buenas para las unidades de cuidados agudos y/o críticos. Aunque las enfermeras estaban entre los pocos profesionales que intervenían con los adultos mayores, la gerontología y/o la enfermería gerontológica no figuraba en la mayoría de los planes de estudio de enfermería, hasta hace poco tiempo.

La enfermería gerontológica implica el cuidado de personas de edad avanzada y hace hincapié en la promoción de la calidad de vida más alta posible y el bienestar durante toda la vida. La enfermería geriátrica se centra en el cuidado de las personas mayores enfermas. Un número creciente de escuelas de enfermería están incluyendo programas de enfermería gerontológica en sus currículos de pregrado y ofrecen títulos avanzados de especializaciones en esta área, sin embargo, hoy en día hace falta hacer más hincapié en este tema para cumplir con la demanda de la sociedad.

III.7.1.2 ENFERMERÍA GERIATRICA

Especialidad en enfermería encargada de la atención (preventiva y curativa) sobre la funcionalidad física, mental y social de los adultos mayores. La primera referencia que se tiene de enfermería en el campo de la geriatría es la de Marjorie Warren, quien hace 50 años, trabajaba como supervisora en la sala de crónicos del Middlessex Hospital; por medio de sus observaciones pudo demostrar que algunos ancianos considerados incurables y que estaban aparcados allí, mediante un estudio diagnóstico y un tratamiento adecuados, empezaban a valerse por sí mismos. Y que es más importante, llegó a la conclusión de que si aquellos pacientes se les hubiesen instaurado antes el tratamiento, probablemente hubiera podido recuperarse mucho más. Así mismo comprobó que algunos de aquellos adultos mayores se recuperaban con cuidados adecuados y rehabilitación, hasta el punto de poderse integrar de nuevo en su familia y en la comunidad.^{60, 61}

Hoy en día las especialidades como Geriatría y Gerontología se siguen desarrollando, principalmente en países desarrollados; para el caso de México estas especialidades comienzan a tener un gran impacto, no obstante hace falta hacer conciencia de los cambios que está viendo la sociedad para los cuales debemos estar preparados, principalmente el profesional de enfermería, puesto que somos el primer contacto que tiene un adulto mayor en cuestión del sector salud y conociendo los cambios en la sociedad logramos observar que los cuidados

involucran más allá de una atención en un hospital; estos comienzan a ser cuidados dentro de la comunidad he inclusive en la familia, es por ello que debemos seguir preparándonos.

IV. ESTADO DEL ARTE

IV. ESTADO DEL ARTE

Es importante contextualizar la postura que tiene el personal de enfermería para con los adultos mayores, puesto que esto se verá reflejado en la atención que brinden a esta población, teniendo en cuenta esto se realizó una búsqueda de artículos que se asemejaran a la investigación utilizando descriptores como: viejismo (ageism, ageismo), anciano (aged, idoso), estereotipo (stereotyping, estereotipagem), estudiantes de enfermería (students nursing, estudiantes de enfermagem), delimitando mi objeto de estudio se discernieron 30 artículos, para fines de esta investigación se analizaron 15 (Anexo 2).

En Costa Rica, Stella BF. en 1995 en su estudio con 109 alumnos, donde evidencian que no se trata solo de brindar educación en gerontología enfocada en los cambios y/o el proceso de envejecimiento, sino que los curriculum de las instituciones deben enfocarse más en crear una visión más holística del adulto mayor, para lo cual es necesario llevar a cabo programas en la comunidad, en la sociedad y en las familias.⁶²

En el 2001 Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Reportaron en un estudio en Suecia, elaborado con 151 estudiantes de pregrado de enfermería y 41 enfermeras registradas, en donde mencionan que es importante brindar educación gerontológica ya que no solo la experiencia sirve en el cuidado y la atención de calidad para los adultos mayores.⁶³

En un estudio en Reino Unido por McKonlay A, Cowan S. en el 2003, se examinaron las actitudes mantenidas por los estudiantes de enfermería en el trabajo con los pacientes de mayor edad, un hallazgo de esta investigación pone en controversia lo reportado por otras investigaciones en donde se asocia las actitudes positivas de los estudiantes con los conocimientos, en esta investigación se llegó a la conclusión que existen otros factores alternos para que estas conductas positivas

permanezcan y están relacionadas con la experiencia y las creencias de los sujetos de estudio.⁶⁴

Hweidi IM, Al-Obeisat SM. en un estudio en Jordania en el 2006 a 250 estudiantes de la universidad, en donde querían identificar las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas mayores; dentro de los hallazgos reportan que los alumnos tienen actitudes positivas hacia las personas mayores, sin embargo es importante que los profesores continúen fomentando una cultura gerontológica en los alumnos para que esta no disminuya, así mismo hacer hincapié en el rol que tienen los estudiantes en la salud de las personas mayores.⁶⁵

Otro estudio que se retomó fue el de Arnold-Cathalifaud M, Thumala D, Urquiza A, Ojeda, en Chile en el 2007, en donde su población de estudio fueron 682 estudiantes universitarios, donde reportan que la concepción que tienen los alumnos sobre la vejez apuntan a una idea de decadencia o desgracia, la cual es vista como una consecuencia de modernización.⁶⁶

Mendoza-Nuñez VM, Martínez-Maldonado ML. Correa-Muñoz E. en México en la FES Zaragoza en el año 2007 se evaluó a 26 profesores y 122 estudiantes con el fin de conocer las percepciones de los profesores y estudiantes sobre las prácticas educativas actuales en gerontología; los resultados reportan que los profesores no le toman importancia a las materias sobre el envejecimiento, lo cual es un factor negativo para la enseñanza de la gerontología y principalmente para lograr una cultura gerontológica.⁶⁷

Mendoza-Nuñez VM, Martínez-Maldonado ML. En México en FES Zaragoza en el año 2008 en una muestra 531 alumnos y 111 profesores, se evaluaron los conocimientos, prejuicios y estereotipos sobre la vejez que manifiestan los estudiantes y profesores universitarios de las ciencias sociales y de la salud. Dentro de los hallazgos se menciona un factor que dificulta el proceso de enseñanza aprendizaje son los prejuicios y estereotipos evidenciados por los profesores es por

ello que es de gran importancia que los planes de estudio se modifiquen con el fin de crear una cultura gerontología no solo en el área de la salud, sino también desde otras carreras.⁶⁸

Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C. en un estudio en Grecia en el 2009 con 227 estudiantes de enfermería de primer y último año, evaluaron los efectos de la educación sobre el conocimiento y las actitudes del estudiante de enfermera hacia las personas mayores. Los resultados muestran que los alumnos tienen actitudes positivas, sin embargo, es importante que para que estas actitudes no cambien deben existir revisiones constantes y mejoras en los programas educativos, para tener una perspectiva más integral de las personas mayores.⁶⁹

Franco SM, Villarreal RE, Vargas DE, Martínez GL, Galicia RL. Realizaron un estudio en Querétaro en el 2010, con 200 trabajadores del Hospital General Regional del IMSS de Querétaro, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de los estereotipos negativos de la vejez en el personal de salud, dentro de los hallazgos reportados evidencian la importancia de hacer un cambio en la cultura del personal de salud, la cual este encaminada a la gerontología.⁷⁰

En Turquía en el 2012 Yildirim UY, Demir Y, Yönder M, Yildiz A. realizaron una investigación con 185 estudiantes de enfermería de la universidad de Turquía, en donde el objetivo que se plantearon fue definir las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el vejez; los hallazgos de esta investigación, demostraron que las actitudes positivas hacia los ancianos se vieron influenciadas por los años de escolaridad, así mismo por los estudiantes con cursos previos en salud sobre los ancianos.⁷¹

Sahin S, Mandiracioglu A, Tekin N, Senuzun F, Akicicek F. En su estudio en Turquía en el 2012 demostraron la validez de la escala UCLA-GA, para lo cual estudiaron a 256 estudiantes de pregrado y posgrado, dentro de los hallazgos reportados hacen hincapié en lo importante que es para una atención de calidad contar con actitudes positivas por parte del estudiante para/con los adultos mayores.⁷²

En el 2013 en China, Luo B, Zhou k, Jung JE, Newman A, Liang J, se realizó un estudio comparativo, en donde querían examinar críticamente la hipótesis de que los jóvenes chinos tienen actitudes más positivas en comparación con los jóvenes estadounidenses; para lo cual se obtuvo una muestra 980 estudiantes universitarios en China y 332 estudiantes Universitarios en los EE.UU. los resultados obtenidos en este estudio revelaron que los estudiantes chinos muestran actitudes más negativas hacia el envejecimiento, en comparación con los estudiantes estadounidenses, esto se relaciona con la interacción que tienen los alumnos con los abuelos, por lo que se implementará gerontología en los planes de estudio de las universidades de China.⁷³

Freitas MC, Ferreira MA; en Brasil en el 2013, con una muestra de 172 alumnos adolescentes con una edad oscilante entre 10 y 19 años, cuyo objetivo fue conocer los elementos centrales de las representaciones sociales de adolescentes de una institución de enseñanza media pública sobre la persona anciana y la vejez. Los resultados reportan que los grupos perciben la vejez como una etapa en la cual la vida y el desarrollo del individuo están terminado y prevalecen las pérdidas y frustraciones ante el empeoramiento físico, manifiesto por las palabras de cansado y frágil, con las que asociaban a las personas ancianas. Este estudio reveló la necesidad de intervenciones educativas referentes a conocimientos sobre la vejez desde edades tempranas.⁷⁴

Schimidt TC, Silva MJ reportan en un estudio en Brasil del 2013, que la visión positiva que tienen estudiantes y graduados del área de la salud se asocia a las condiciones y/o situaciones favorables en donde el anciano es independiente, no obstante, la vista negativa se asocia a los ancianos que necesitan más cuidados o se muestran más necesitados. Para lograr que exista una visión positiva de los estudiantes para/con los adultos mayores debe existir un empoderamiento del conocimiento en el área de gerontogeriatría.⁷⁵

Otro estudio de Turquía en el 2013 de Adibelli D, Dilek K, a 282 enfermeras, en el cual querían determinar las causas de las actitudes que tiene enfermería con los

adultos mayores, en donde los hallazgos reportan que estas actitudes se asocian a la falta de equipos, de clínicas y material específico para trabajar con este tipo de población, así mismo, pero en segundo plano la insuficiencia de la educación gerontológica a las enfermeras.⁷⁶

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, en el 2010 la población de adultos mayores llegó a 8.8%, se calcula que la esperanza de vida de las mujeres en 2050 será de 83.6 años y en los hombres de 79.0 años, es importante considerar los problemas que se presentan en el envejecimiento como la fragilidad en las condiciones de salud, la incidencia de enfermedades crónico degenerativas e incapacitantes, el cambio en las relaciones familiares, la feminización del envejecimiento y la insuficiencia financiera, por mencionar algunos de estos problemas, que afectaran en gran medida a un grupo ya vulnerable. No obstante, ser un Adulto Mayor (AM) no implica que los trastornos se presenten al llegar a los 60 años; es un proceso de vida en donde los excesos, descuidos o malos hábitos de toda la vida se reflejan en esta etapa.

Por todo ello, la 2da Asamblea sobre envejecimiento realizada en Madrid en el 2002, reconoce la importancia de la formación de recursos humanos en Gerontología como una estrategia para resolver los problemas sociales y de salud de los adultos mayores, sin embargo, los profesionistas no cuentan con los conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, aunado a esto encontramos al viejismo y sus implicaciones biológicas, psicológicas y sociales. Dichas actitudes tienen repercusión en el trato que se les brinda a los AM en las instituciones de salud, así mismo dentro de la misma sociedad, por el contrario si se obtuviera un conocimiento científico sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento y la vejez, se asistiría con mejor calidad al AM por parte del personal de salud, principalmente el gremio de enfermería.

Para que esto ocurra es de relevancia que las instituciones de educación superior, en este caso la FES Zaragoza, continúe contemplando dentro de los planes de estudio aspectos gerontológicos con el fin de dar respuesta a las necesidades emergentes de las implicaciones sociales y económicas del envejecimiento poblacional en México y el mundo, no obstante en la actualidad algunas delimitantes como los prejuicios y estereotipos sobre la vejez en los alumnos y docentes, influyen de manera directa sobre su formación. Es por esta razón que se debe identificar la percepción que tienen los alumnos sobre el viejo, y como esta se

ve modificada en relación a la formación académica que reciben en el cuarto año de la carrera.

De ahí la relevancia de la presente investigación, para lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de estudio.

¿Cómo influye la formación académica sobre el viejismo en los estudiantes de cuarto año de la Licenciatura en Enfermería en la FES Zaragoza?

VI.HIPÓTESIS

VII. HIPÓTESIS

Considerando los estudios reportados en torno a las actitudes que tienen los estudiantes de enfermería para/con los adultos mayores, aseveramos que los estereotipos de los estudiantes sobre los viejos, se modificaran por la influencia de la formación académica en la FES Zaragoza.

Hipótesis Nula

Los estereotipos de los estudiantes sobre los viejos no se modifican por la influencia de la formación académica en la FES Zaragoza

VII. OBJETIVOS

VII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si existe influencia de la formación académica sobre el viejismo en los estudiantes de la licenciatura en enfermería, en la FES Zaragoza.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Identificar como perciben al viejo los estudiantes de la licenciatura en enfermería
- Determinar qué formación (teórica o práctica) tiene mayor influencia sobre el viejismo de los estudiantes.
- Identificar si los docentes de la carrera o el personal de enfermería de las clínicas influyen sobre el viejismo en los estudiantes.

VIII. MATERIAL Y METODOS

VIII. MATERIAL Y METODOS

VIII.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un tipo de estudio Observacional, Prolectivo, Longitudinal, Comparativo.

VIII.2 Población de estudio.

Los sujetos para esta investigación fueron 98 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la FES ZARAGOZA inscritos en cuarto año de la carrera, sin distinción de sexo, edad, turno; con la firma del consentimiento informado, excluyendo a sujetos que no deseaban participar y alumnos que no tenían el 100% del instrumento contestado.

VIII.3 Variables

- *Variable Independiente:* Influencia de la formación académica
- *Variable Dependiente:* Estereotipo sobre el Viejismo
- *Variable interviniente:*
 - Experiencias de vida en relación a los adultos mayores,
 - Influencia del docente
 - Influencia del personal de la clínica

VIII.3.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA DE MEDICIÓN
<i>Estereotipo sobre el vejeísmo</i>	Son un conjunto de prejuicios, estereotipos (creencias sociales) y/o discriminación de una persona o una estructura institucional en contra de una persona o grupo por razones de edad, es decir, por el hecho de ser viejos	Cualitativo Nominal	<p>Positivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bondadosos • Cariñosos • Generosos • Confiados • Sencillos • Sabios • Pacientes • Sinceros • Sociables • Respetables • Comprensivos • Divertidos • Útiles • Flexibles <p>Negativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solitarios • Repetitivos • Maniáticos • Achacosos • Lentos • Malhumorados • Chismoso • Pesimista • Irritables • Preocupados • Susceptibles • Pesados • Infantiles • Caprichosos • Chochos • Parlanchines • Raboverdes • Cansados • Necios • Ideáticos

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA DE MEDICIÓN
Formación académica	Preparación a través de la formación del hombre por medio de una influencia, en donde se prepara a la persona para llevar a cabo funciones laborales productivas.	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si influye • No influye
Lugar de Nacimiento	Entidad federativa o país donde nació la persona.	Cualitativa Nominal	Entidad federal del país
Municipio o Delegación actual	División territorial político-administrativa donde vive el alumno de una entidad federativa.	Cualitativa Nominal	Municipio o Delegación
Experiencia cuidando viejos	Actividades que se realicen enfocadas al cuidado de viejos	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Tipo de experiencia	Tipo de interacción que lleva en torno al cuidado de los viejos	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional • Laboral • Social • Familiar
Tiempo de la experiencia	Periodo de tiempo establecido desde el inicio de las actividades enfocadas en el cuidado	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Relación con los abuelos	Visualización de la relación con los abuelos	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Ni buena, ni mala • Mala • No existe relación
Frecuencia de la convivencia con sus abuelos	Frecuencia de la interacción con el sujeto de estudio y los abuelos	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Vivi con ellos • Vivo con ellos • Los visito muy seguido • Ocasionalmente los visito • No tengo una convivencia
interacción del viejo en la familia, comunidad y sociedad	De acuerdo con la percepción de los alumnos como ellos observan la interacción del viejo en torno a la familia, comunidad y sociedad	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Guía • Ser cuidador • Ser cuidado
Rol del viejo en relación a los módulos de 4to año de la carrera	De acuerdo con la percepción del alumno como considera que es el rol del viejo en los diversos módulos	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador y guía • Cuidador • Guía • Ser cuidado • No existe intervención del viejo
Influencia de módulo en la concepción del viejo	De acuerdo con la percepción de los alumnos que módulo influyó más para conceptualizar al viejo como un ser inútil, útil en decadencia	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Medico Quirúrgica II • Práctica de MQ II • Educación en enfermería • MI Gineco-obstetricia • MI Salud Publica • MI Pediatría • MI Medico Quirúrgica • MI Gerontogeriatría
Influencia sobre el viejo por parte de tus docentes o del personal del hospital y/o clínica	De acuerdo con la percepción de los alumnos, considera haber recibido influencia sobre los viejos por parte del profesor y/o del personal	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Tipo de influencia	De acuerdo con la percepción de los alumnos, como considera esta influencia	Cualitativa Nominal	Positiva Negativa No ha recibido influencia

VIII.4. Técnica

Se retomó parte del instrumento utilizado por Mendoza, donde se evaluaron los conocimientos, prejuicios y estereotipos sobre la vejez que manifiestan los estudiantes y profesores universitarios de las ciencias sociales y de la salud; a dicho instrumento fue modificado para fines de esta investigación. Se ejecutó una prueba piloto a un 10% de la población semejante a la muestra, se realizaron las correcciones oportunas:

- a) Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.656, lo cual es bajo
- b) Se reestructuraron algunas instrucciones y preguntas
- c) Se analizó cada una de las secciones, con la finalidad de eliminar las preguntas que no tenían sustento.
- d) Se validó por consenso de expertos.

El resultado de esto fue un instrumento que consta de dos partes:

- a) La primera parte del instrumento consta de 38 ítems, divididos en dos apartados, se contemplan aspectos sociodemográficos; un apartado contempla la experiencia del sujeto, la forma en la que interactúa con los adultos mayores, la relación con los abuelos y su convivencia con ellos, para esta sección se contemplan 4 ítems de preguntas de múltiple respuesta; el segundo apartado contempla adjetivos en torno a los estereotipos asociados con los adultos mayores con 34 ítems en escala Likert. (Anexo 2)

Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.883

- b) La segunda parte del instrumento consta de 41 ítems divididos en tres apartados, el primero nos permite ver la experiencia que tiene el sujeto de estudio con los viejos en 2 ítems de múltiple respuesta, el siguiente apartado nos muestra adjetivos en torno a los estereotipos asociados con los adultos mayores con 34 ítems en escala Likert y el último apartado es la percepción del viejo en relación a los módulos que contempla el 4to año de la carrera en 5 ítems en escala Likert, y por último se evaluó la influencia que reciben los

alumnos por parte de los docentes y del personal de las clínicas y hospitales en relación a la percepción de los adultos mayores. (Apendice 1)

Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.891.

Se realizó un cronograma para identificar las fechas probables de aplicación del instrumento, contemplando los módulos teóricos-prácticos que tiene el ciclo escolar, a lo largo del 4to año de la carrera. (Apendice 2)

VIII.4.1 Aplicación del instrumento.

El instrumento se aplicó en dos partes, (pretest) fue aplicado en las aulas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a inicios del módulo teórico de Médico Quirúrgica II, que cursan todos los alumnos del 4to año; la segunda parte del instrumento (postest), fue aplicado a los mismos alumnos al concluir las clases de la Pre-especialización, obteniendo una muestra por conveniencia de 98 sujetos de estudio.

VIII. 5. Análisis Estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20, las variables iniciales para obtener un total de 30 variables, para esta investigación fue necesario recodificar algunas variables a nominales y posterior a esto escalares, los datos obtenidos se analizaron con estadística descriptiva, para las variables cuantitativas se realizaron pruebas de comparación, para ello se utilizó una correlación de Pearson; se obtuvieron frecuencias y porcentajes, y para las variables cualitativas, se utilizó prueba Ji cuadrada, t de Student y ANOVA. Los datos obtenidos serán representados en cuadros y figuras.

IX. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

IX. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La presente investigación es con base a lo establecido en la Ley General de Salud, la cual señala en el:

- Art. 14. Se hace referencia al consentimiento informado del sujeto del estudio, una vez que se le ha dado una amplia explicación sobre los objetivos del estudio y la libertad para que éste decida su participación.
- Art. 16. Señala la protección y privacidad del sujeto de estudio.

Así mismo los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la declaración de Helsinki en donde se hace referencia a:

- El objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.
- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. (Apendice 3)

X. RESULTADOS

X.RESULTADOS

Se obtuvo una muestra por conveniencia de 98 alumnos de 4to año de la Licenciatura en Enfermería, a quienes se les aplicó un pretest, al iniciar el módulo teórico y un posttest al final del módulo de pre-especialización, en el cuadro 1 se muestran los datos sociodemográficos de nuestros sujetos de estudio.

Cuadro 1. Datos sociodemográficos de los sujetos de estudio

Variables sociodemográficas	n= 98	%
Sexo		
Femenino	68	69
Masculino	30	31
Edad		
20 – 25 años	89	91
≥ 26	9	9
Religión		
Católica	72	74
Otras	10	10
Ninguna	16	16
Lugar de nacimiento		
Distrito Federal	66	67
Estado de México	27	28
Otros Estados	5	5
Residencia actual		
Distrito Federal	46	47
Estado de México	54	53

Fuente: Instrumento de vejeísmo. Febrero-Mayo 2015

Las variables sociodemográficas que se presentan con antelación nos brindan la oportunidad de conocer a la muestra con la cual se trabajó en esta investigación, observamos en relación al sexo que la mayoría son mujeres con un 69% en comparación con los hombres; en relación a la edad se reporta una media de 22.9 ± 3.9 ; en torno a la religión observamos que la mayoría de nuestra muestra son católicos con un 74%; otro aspecto que se considera es el lugar de nacimiento, en donde se observó que el 67% de los alumnos nacieron en la Ciudad de México y

de los cuales el 47% sigue residiendo ahí, en comparación con el Estado de México el cual aumento un 25% de los que nacieron ahí vs los que residen actualmente.

En el cuadro 2 se muestran las variables intervinientes que se tomaron en cuenta para esta investigación.

Cuadro 2. Variables intervinientes

Variables intervinientes	n= 98	%
Experiencia cuidando adultos mayores		
Práctica Clínica	54	55
Actividad Laboral	24	25
En la comunidad	7	7
En la familia	7	7
Ninguna	6	6
Convivencia con adultos mayores en la comunidad		
Si	56	57
No	42	43
Relación de los alumnos con sus abuelos		
Si tengo relación es buena	62	63
Si tengo relación es ni buena ni mala	14	14
Si tengo relación es mala	2	3
No tengo relación	20	20
Integradores Inscritos en 4to año		
Salud Publica	13	13
Gineco-obstetricia	13	13
Pediatria	25	26
Medico Quirúrgica	47	48

Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Uno de los factores que fue necesario tomar en cuenta es la experiencia que tienen los alumnos con los adultos mayores, dentro de su ambiente como profesional, en donde la mayoría de los alumnos, es decir el 55% de ellos tienen experiencia cuidando a los adultos mayores solamente en las prácticas clínicas, el 25% tiene experiencia a través de las actividades laborales, en la comunidad y en la familia un 7% respectivamente y los alumnos que refieren no tener dicha experiencia son 6%.

Otra variable que se consideró es la convivencia diaria que tienen los alumnos con los adultos mayores dentro de su misma comunidad, en donde el 57% nos menciona que sí tienen dicha convivencia y el 43% refiere no tener dicha convivencia.

La relación que refieren los alumnos con sus abuelos, es una variable interviniente, se observa que el 62% de los alumnos refieren tener una buena relación con sus abuelos y sólo el 20% de nuestra muestra refiere no tener relación con sus abuelos.

Un aspecto que se considera en la investigación es el módulo integrador en el que los alumnos están inscritos, en primero lugar se encuentra el módulo de Médico Quirúrgica 48%, Pediatría 26%, Salud Publica y Gineco-obstetricia con un 13% respectivamente, este aspecto se retomara más adelante.

El 94% de los alumnos refieren tener experiencia cuidando a los adultos mayores, sin embargo cómo se observa esta experiencia es principalmente en las prácticas profesionales que realizan los alumnos a lo largo de su formación en la FES Zaragoza, con un 55% y la experiencia laboral sólo aparece en un 25%.

Con base en lo anterior observa en el cuadro 3, la percepción que tienen los alumnos al comparar a un adulto mayor en diferentes escenarios y/o roles.

Cuadro 3. Rol del adulto mayor en la familia, comunidad y sociedad.

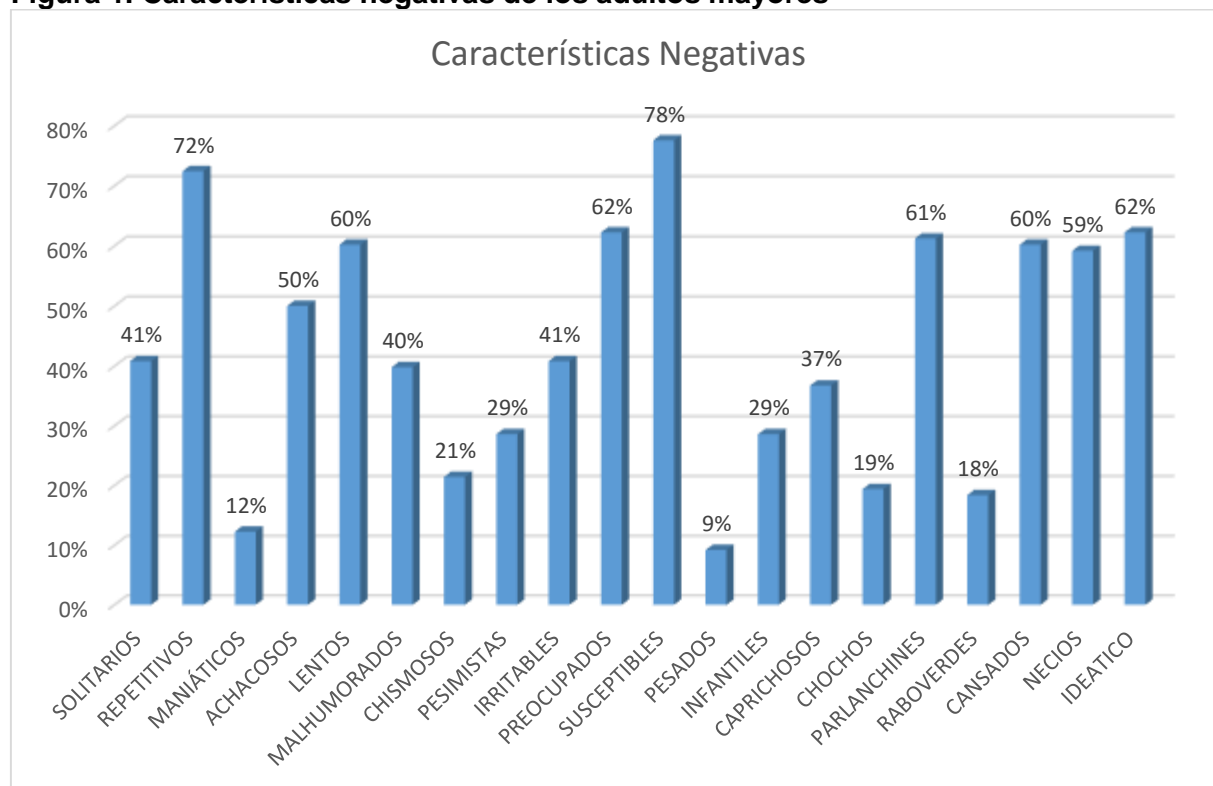
Rol del adulto mayor	n= 98	%
FAMILIA		
Guía	66	67
Ser cuidador	13	13
Ser cuidado	19	20
COMUNIDAD		
Guía	32	33
Ser cuidador	24	25
Ser cuidado	42	42
SOCIEDAD		
Guía	34	35
Ser cuidador	11	11
Ser cuidado	53	54

Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Se observa que la mayoría de los alumnos (67%) refieren que en la familia el adulto mayor tiene un papel de guía, sin embargo el 20% lo etiquetan como una persona que necesita ser cuidada. En la comunidad esto varía un poco, el 33% de los alumnos lo siguen viendo como un guía, no obstante el 42% lo miran como ser cuidado. En la sociedad no se modifica mucho, puesto que lo etiquetan como un ser que debe ser cuidado (54%) y como un guía se mantiene en 35%.

La percepción que tienen los alumnos sobre los viejos fue evaluada a través de 34 items, el cual fue dividido en criterios positivos (14) y negativos (20), como lo muestra la figura 1.

Figura 1. Características negativas de los adultos mayores

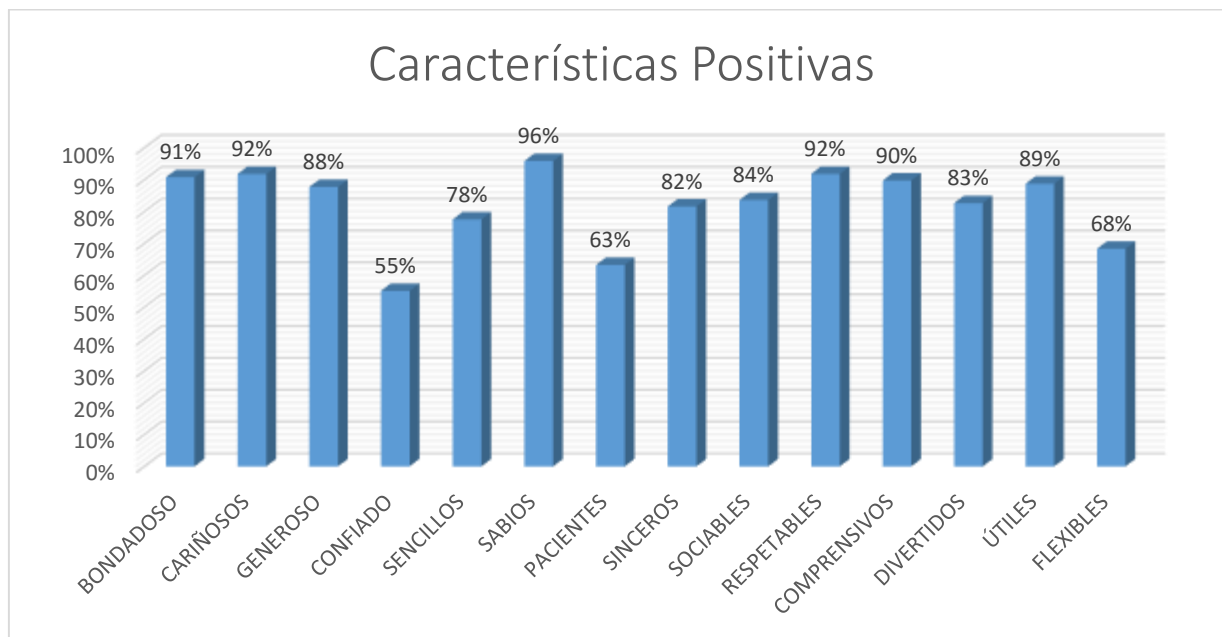


Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Las características negativas que los alumnos asocian con mayor facilidad a los adultos mayores, 78% susceptibles, 72% repetitivos, preocupados e ideáticos 62% respectivamente, parlanchines 61%, cansados y lentos 60% respectivamente.

En relación a las características positivas, se observa lo siguiente, figura 2.

Figura 2. Características positivas de los adultos mayores



Fuente: Instrumento de vejeísmo. Febrero-Mayo 2015

Las características positivas que relacionan los alumnos con mayor frecuencia son: sabios 96%, cariñosos y respetables 92%, bondadosos 91%, comprensivos 90%, útiles 89%, generosos 88%, sociables 84%, divertidos 83% y sinceros 83%.

Para conocer el grado de vejeismo que presentan los alumnos se implementó el instrumento del Mendoza en la investigación en la FES Zaragoza del 2007, en el cuadro 4, se observara el nivel de vejeismo de los alumnos al inicio del 4to año de la carrera (pretest)

Cuadro 4. Niveles de Vejeismo de los alumnos al inicio de 4to año (pretest)

Niveles de vejeismo	n= 98	%
Viejeismo Leve (0 - 11)	3	3
Viejeismo Moderado (12 – 23)	75	76
Viejeismo Severo (24 – 34)	20	21

Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Se establecieron puntos de cohorte para nuestra variable de vejeismo donde el vejeismo leve fue de 0 a 11 puntos, el vejeismo moderado de 12 a 23 y el vejeismo severo de 24 a 34, en este sentido obtuvimos que la mayoría de nuestros alumnos al inicio del 4to año de la carrera tienen un vejeismo moderado (76%), en segundo lugar se encuentra el vejeismo severo (21%) y el vejeismo leve con un 3%.

Con base a estos puntos de cohorte, en relación al nivel del veiejismo, se realizó el análisis correspondiente con las variables intervinientes como se observa en el siguiente cuadro 5.

Cuadro 5. Niveles de Viejismo de los alumnos en el pretest y las variables sociales intervinientes

Variables Sociales	NIVEL DE VIEJISMO			Valor de p
	VIEJISMO LEVE	VIEJISMO MODERADO	VIEJISMO SEVERO	
Religión				0.794
Católica	2	57	13	
Otras	0	6	2	
Ninguna	1	12	5	
Lugar de residencia				0.203
Distrito Federal	2	38	6	
Estado de México	1	37	14	

Fuente: Instrumento de veiejismo. Febrero-Mayo 2015
Prueba Chi cuadrada.

Se observa que las variables sociales como son la religión de los alumnos y la residencia donde viven actualmente no representan ser un factor de riesgo para presentar un nivel de veiejismo severo ya que la mayoría de los alumnos reportan un nivel de veiejismo moderado.

De igual manera se consideraron aspectos en la vida cotidiana de un alumno como es la experiencia que tiene este cuidando a los adultos mayores en la comunidad, en las prácticas, o en la misma familia, cuadro 6.

Cuadro 6. Niveles de Viejismo de los alumnos en el pretest y la experiencia

Experiencia de los alumnos en el cuidado de los adultos mayores	NIVEL DE VIEJISMO			Valor de p
	VIEJISMO LEVE	VIEJISMO MODERADO	VIEJISMO SEVERO	
SI				0.546
Práctica Clínica	1	39	14	
Actividad Laboral	1	19	4	
En la comunidad	1	5	1	
En la familia	0	7	0	
NO	0	5	1	

Fuente: Instrumento de viejismo. Febrero-Mayo 2015
Prueba Chi cuadrada.

Se observa que no interviene mucho si el alumno tiene o no experiencia cuidando adultos mayores ya que la mayoría sigue reportando un nivel de viejismo moderado, un ejemplo de esto se observa en los 54 (55%) alumnos que refieren tener experiencia cuidando adultos mayores en la práctica clínica el 25% presenta un nivel de viejismo severo, esta misma tendencia se observa en los alumnos 24 (25%) refieren tener experiencia cuidando adultos mayores en las actividades laborales de los cuales 17% tiene un nivel de viejismo severo. Sin embargo, los alumnos que tienen experiencia cuidando adultos mayores en la familia conservan un viejismo moderado.

Otra variable que se consideró es la relación que tienen los alumnos con los abuelos como se observa en el cuadro 7.

Cuadro 7. Niveles de Viejismo de los alumnos en el pretest y la relación con los abuelos

Relación de los alumnos y sus abuelos	NIVEL DE VIEJISMO			Valor de p
	VIEJISMO LEVE	VIEJISMO MODERADO	VIEJISMO SEVERO	
Sí tengo relación con mis abuelos				0.546
Es buena mi relación	2	45	15	
Es ni buena ni mala	0	13	1	
Es una mala relación	0	2	0	
No tengo relación con mis abuelos	1	15	4	

Fuente: Instrumento de viejismo. Febrero-Mayo 2015
Prueba Chi cuadrada.

La relación que los alumnos tienen con los abuelos es de gran importancia según la literatura consultada; sin embargo, en los datos que obtuvimos se observa que el nivel de viejismo persistente es moderado, aunque se tengan una buena relación con los abuelos ya que del 63% de los alumnos que refieren tener buena relación el 73% tienen un viejismo moderado, el 24% de estos tienen un viejismo severo; no obstante, los alumnos que refieren no tener una relación con el abuelo son 20 (20%) de los cuales el 75% refiere tener un viejismo moderado y de estos el 20% tiene un viejismo severo.

En el siguiente cuadro 8 se analiza el módulo de pre especialización que escogieron los alumnos y el nivel de vejeismo que tienen.

Cuadro 8. Niveles de Vejeismo de los alumnos en el pretest y el modulo integrador de su elección.

Módulo Integrador	NIVEL DE VIEJISMO			Valor de p
	VIEJISMO LEVE	VIEJISMO MODERADO	VIEJISMO SEVERO	
Salud Publica	0	10	3	0.808
Gineco-obstetricia	1	8	4	
Pediatría	1	18	5	
Medico Quirúrgica	1	37	8	
Gerontogeriatría	0	2	0	

Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015
Prueba Chi cuadrada.

La mayoría de los alumnos entrevistados se encuentran inscritos en el módulo integrador de médico quirúrgica 48% de los cuales el 80% de estos alumnos refieren tener un vejeismo moderado el 17% tiene un vejeismo severo, en los demás integradores se muestra este mismo comportamiento, en los datos la mayor parte se encuentra en un vejeismo moderado.

Anteriormente se analizó de forma general que visión tenían los alumnos con respecto a la concepción que tienen los alumnos en relación al rol que juegan los adultos mayores en la sociedad, en el cuadro 9

Cuadro 9. Niveles de Viejismo de los alumnos en el pretest y el rol que perciben los alumnos de los adultos mayores en la familia, comunidad y sociedad.

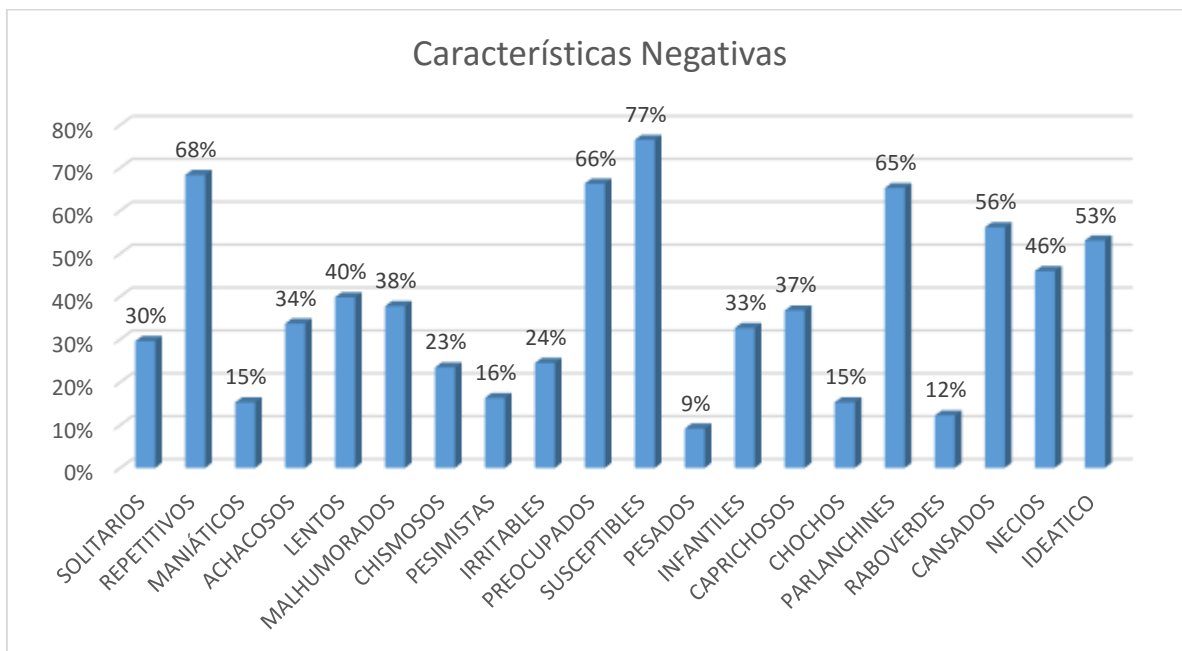
Rol del adulto mayor	NIVEL DE VIEJISMO			Valor de p
	VIEJISMO LEVE	VIEJISMO MODERADO	VIEJISMO SEVERO	
FAMILIA				
Guía	2	53	11	0.269
Ser cuidador	1	10	2	
Ser cuidado	0	12	7	
COMUNIDAD				
Guía	1	28	3	0.441
Ser cuidador	1	17	6	
Ser cuidado	1	30	11	
SOCIEDAD				
Guía	1	26	7	0.808
Ser cuidador	1	8	2	
Ser cuidado	1	41	11	

Fuente: Instrumento de viejismo. Febrero-Mayo 2015
Prueba Chi cuadrada.

La percepción que tienen los alumnos en relación al rol que juegan los adultos mayores en la familia, comunidad y en la sociedad no tiene gran influencia con relación al nivel de viejismo ya que la mayoría de alumnos muestran un viejismo moderado, pero al categorizar al adulto mayor en la familia lo observan como un guía, en la comunidad estos mismos alumnos lo perciben como un ser cuidado, y como un guía, al contemplar al adulto mayor en la sociedad se observa que existe mayor número de alumnos que lo perciben como un ser que necesita cuidados.

Se realizó un postest en donde se encontraron los siguientes resultados. Las características negativas que muestran los alumnos después de haber cursado tres módulos teóricos y tres prácticos en el último año de la carrera, se observan en la figura 3.

Figura 3. Características negativas de los adultos mayores en el postest

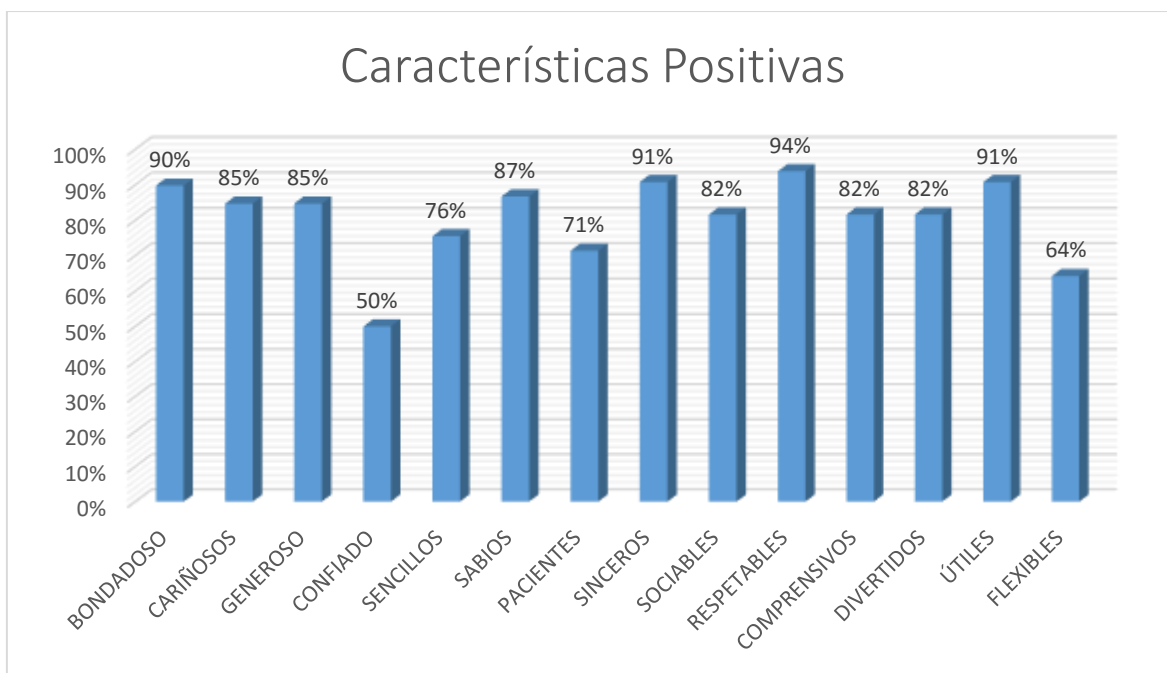


Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Los alumnos refieren que los adultos mayores son susceptibles con un 77%, repetitivos 68%, preocupados 66%, parlanchines 65%, cansados 56% e ideáticos 53%.

En relación a las características positivas reportadas por los alumnos en el postest, se observa en la figura 4.

Figura 4. Características positivas de los adultos mayores en el postest



Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Se observa que la mayoría de los alumnos asocian a los adultos mayores con cuestiones positivas, sin embargo la característica que fue menos contemplada por los alumnos es confiados con un 50%, seguida por flexibles 64% y pacientes con 71%.

De igual manera se establecieron los mismos puntos de cohorte en el posttest como se observa en el cuadro 10.

Cuadro10. Niveles de Viejismo de los alumnos al final de 4to año (postest)

Niveles de viejismo	n= 98	%
Viejismo Leve (0 - 11)	4	4
Viejismo Moderado (12 – 23)	77	77
Viejismo Severo (24 – 34)	17	17

Fuente: Instrumento de viejismo. Febrero-Mayo 2015

En el posttest observamos en primera instancia que el nivel de viejismo severo ha disminuido a un 17%, el viejismo moderado aumentó a un 77% y por último el viejismo leve aumento a 4%, esto es en relación a los resultados obtenidos en el pretest en este mismo apartado de viejismo.

Para conocer más sobre la relación existente entre el pretest y el postest, se implementaron algunas pruebas estadísticas como la t de Student, Chi cuadrada para saber si se acepta o rechaza la hipótesis nula.

$$H_0 = P_I \leq P_T$$

$$H_a = P_I > P_T$$

Cuadro 11. t Student para muestras relacionadas (pretest y postest)

Viejismo	Media ± DE n= 98	Valor de p
Viejismo en el Pretest	2.17 ± 0.455	0.004
Viejismo en el Postest	2.13 ± 0.446	

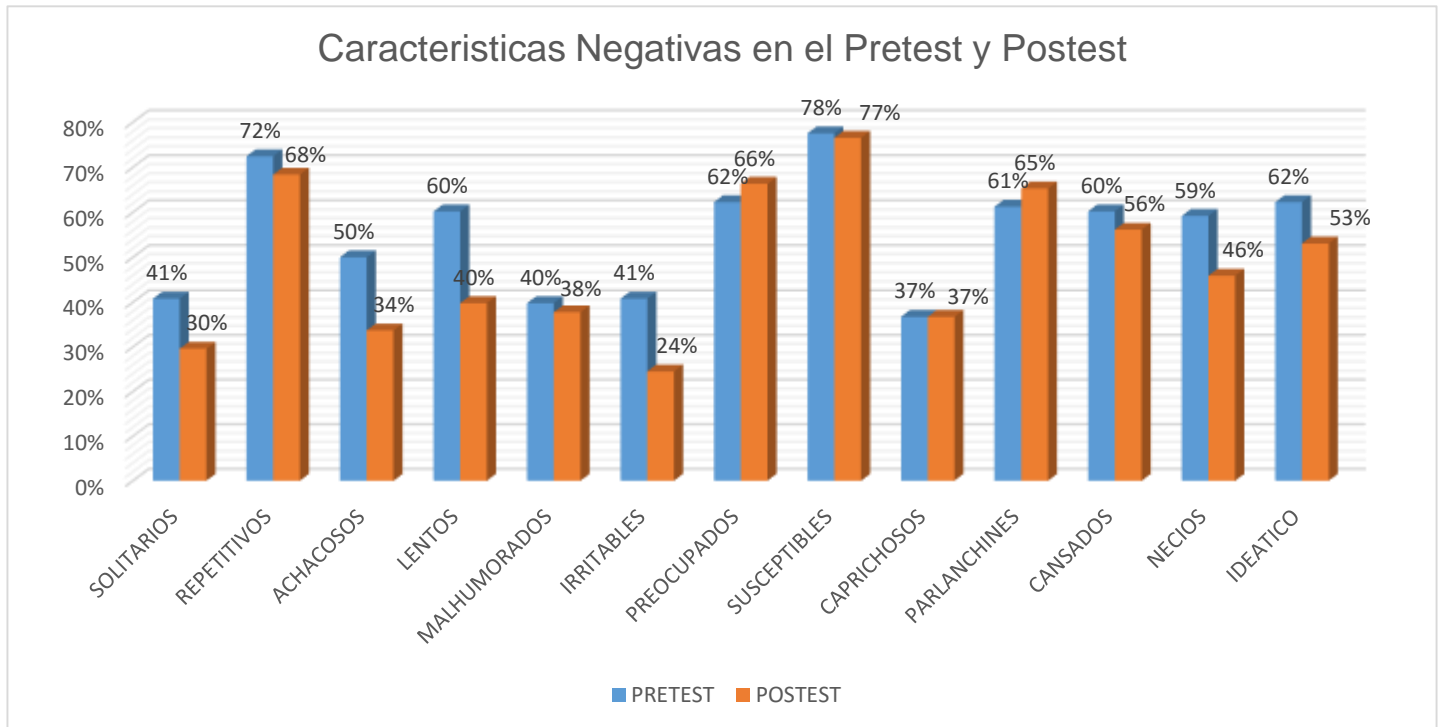
Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Prueba t de Student

Se implementó una prueba paramétrica para comparar el pretest y el postest obteniendo una significancia estadística de $p= 0.004$, lo cual nos dice que se debe rechazar la hipótesis nula, y por lo tanto se puede decir que existe un cambio en la percepción del alumno para/con los adultos mayores, al momento de iniciar y al momento de concluir el 4to año de la carrera.

Se realizó una comparación entre las características negativas en el pretest y el postest y se encontramos, tal como se muestra en la figura 5.

Figura 5. Características negativas asociadas a los adultos mayores en el pretest y postest



Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Se observa que existe una disminución en la conceptualización del adulto mayor asociada a características negativas, sin embargo, también existieron aumentos como en preocupados 62 – 66% y parlanchines 61 – 66%, así mismo, éxito una característica que siguió presentándose, caprichosos 37 %.

Otra prueba que se utilizó es la Chi cuadrada para comparar el nivel de vejeismo del pretest y del postest como se observa en el cuadro 12.

Cuadro 12. Chi cuadrada del pretest y postest

Viejismo	Viejismo Leve	Viejismo Moderado	Viejismo Severo	Valor de P
Viejismo Leve	0	3	0	0.039
Viejismo Moderado	4	62	9	
Viejismo Severo	0	12	8	

Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Prueba Chi cuadrada

Al momento de comparar el nivel de vejeismo en el pretest y el postest observamos que existe una $p = 0.039$, lo cual nos permite, rechazar la hipótesis nula por lo cual queda sustentado que el nivel de vejeismo si es modificado a lo largo del 4to año de la carrera.

Con base a los puntos de cohorte, establecidos desde el pretest, en relación al nivel del vejeísmo, se realizó el análisis correspondiente con algunas de las variables como se observa en el siguiente cuadro 13.

Cuadro13. Relación de la influencia de los módulos del 4to año y el vejeísmo de los alumnos en el postest

Módulos de 4to año	Viejismo Leve	Viejismo Moderado	Viejismo Severo	Valor de P
Médico Quirúrgica II				
Si influye	4	71	16	0.820
No Influye	0	6	1	
Práctica de Médico Quirúrgica II				
Si influye	4	70	15	0.763
No Influye	0	7	2	

Fuente: Instrumento de vejeísmo. Febrero-Mayo 2015

Los módulos de médico quirúrgica II son los únicos en los que se imparte como tal tema en torno a los adultos mayores, es aquí donde los alumnos refieren que sí influyen estos módulos para su percepción con los viejos, sin embargo se observa que el nivel de vejeísmo es moderado, lo cual no es modificado, así mismo no existe significancia.

Cuadro14. Relación de la influencia de los módulos integradores y el vejeismo de los alumnos en el postest

Módulo integrador de 4to año	Viejismo Leve	Viejismo Moderado	Viejismo Severo	Valor de P
Salud Pública				
Si influye	3	67	16	0.526
No Influye	1	10	1	
Pediatría				
Si influye	3	47	8	0.238
No Influye	1	30	9	
Gineco-obstetricia				
Si influye	1	49	10	0.295
No Influye	3	28	7	
Médico Quirúrgica				
Si influye	4	70	13	0.179
No Influye	0	7	4	
Gerontogeriatría				
Si influye	3	71	17	0.194
No Influye	1	6	0	

Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Prueba Chi cuadrada

Se observa que el nivel de vejeismo es moderado en la mayoría de los integradores, un dato interesante es que, en los módulos de pediatría y ginecobstetricia, los alumnos refieren que no tiene tanta influencia para su percepción del adulto mayor.

Cuadro15. Relación de la influencia de los docentes, del personal clínico y el vejeismo de los alumnos en el postest

Influencia de 3eras personas	Viejismo Leve	Viejismo Moderado	Viejismo Severo	Valor de P
Influencia de los docentes				
Si influye	4	64	17	0.130
No influye	0	13	0	
Influencia del personal clínico				
Si influye	3	62	16	0.374
No influye	1	15	1	

Fuente: Instrumento de vejeismo. Febrero-Mayo 2015

Prueba Chi cuadrada

Se observa que los alumnos refieren tener influencia por parte de los docentes y del personal clínico, no obstante, el nivel de vejeismo no se muestra cambios significativos ya que la mayoría de los alumnos reflejan un vejeismo moderado, a pesar que tengan esta influencia.

XI. DISCUSIÓN

XI. DISCUSIÓN

Nuestros resultados sugieren que la influencia que perciben los alumnos por parte de los docentes es de suma importancia y contribuye en gran medida al viejismo, esto concuerda con Söderhamn y colaboradores ya que hace mención que los educadores de enfermería como de otras disciplinas son responsables en el desarrollo de la atención y cuidados de calidad para los adultos mayores, estas competencias deben ser adquiridas durante la formación, creando sentimientos positivos y de interés de los estudiantes para/con los adultos mayores. En este sentido Rodgers y colaboradores hace mención que la constante educación sobre el envejecimiento, se asocia a la formación de actitudes positivas y una atención de calidad en las instituciones de salud.⁷⁸

Los resultados mostraron que existe un cambio significativo y se obtuvo un valor de $p= 0.004$ entre el pretest y el posttest en donde nos infiere que la formación que se recibió en el 4to año de la carrera influye de alguna manera para modificar la percepción de los alumnos para/con los adultos mayores esto se relaciona con lo mencionado por Rodgers V⁷⁹ en su estudio en Zelanda, en donde de acuerdo a sus resultados hacen mención y contribuyen a las evidencias internacionales que apoyan la opinión de que la educación sobre el envejecimiento forma actitudes positivas hacia la atención de los adultos mayores.

En el cuarto año de la carrera los alumnos tienen una visión más precisa sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales, entorno a los adultos mayores, como lo reflejan en el instrumento en el apartado de la asociación entre los módulos y el rol de los adultos mayores, sin embargo es necesario que este tipo de planes se sigan modificando constantemente, como lo reporta Lambrinou E⁸⁰ y colaboradores reportan que a pesar de que los alumnos tienen conocimientos gerontológicos favorables y no muestran en gran medida actitudes negativas hacia los adultos mayores, es importante que existan revisiones y reestructuración en los planes de estudio de forma rutinaria y programada para que los alumnos estén en constante interacción con el conocimiento en torno a los adultos mayores y en consecuencia obtengan una perspectiva integral sobre ellos.

Otro aspecto que se consideró en nuestra investigación es la influencia que tienen los alumnos por parte de los profesores y del personal de la clínica a pesar que el nivel de viejismo que mostraron fue moderado el 76% refiere que si influye el personal en la concepción del adulto mayor y si a esto le agregamos las conductas que tengan los adultos mayores, podemos ver que la influencia que reciben no siempre es positiva y por ende la atención es mala tal y como nos mencionan Huang YF, Liang J, Shyu YI ⁸¹ nos ponen de manifiesto que las actitudes por parte del personal de enfermería interfiere en gran medida en la atención brindada hacia los adultos mayores por lo cual se brinda un cuidado de poca calidad y no alcanzan a satisfacer las necesidades de la sociedad, por esta razón se debe hacer mayor hincapié en la formación en las aulas en cuestiones gerontológicas puesto que si se tienen buenas bases, al momento de acudir a los campos se reflejarán dichos conocimientos en la atención brindada.

No obstante es importante mencionar que las actitudes tanto positivas y negativas de los alumnos ante los adultos mayores son adquiridas muchas veces de forma inconsciente por las experiencias de vida en donde la comunidad, la familia son factores intervinientes, a pesar que nuestro nivel de viejismo se mantuvo en moderado, es importante mencionar que las experiencias como cuidados en prácticas clínicas, laborales marcan un ligero aumento en el viejismo severo, en comparación con la familia quienes lo mantienen en un nivel de viejismo moderado, esto es importante ya que esto marca una pauta para un interés en cuestiones gerontológicas como lo demuestra Usta YY⁸² en su estudio en donde menciona que la mayoría de alumnos que completaron las clases relacionadas con los adultos mayores, ya sea porque vivían o planeaban vivir con un adulto mayor, lo cuales mostraron actitudes más positivas hacia el envejecimiento.

En este sentido y como hace mención Amino L⁷⁰ de que los profesionales, familiares y sociedad en general deben preocuparse por analizar y superar la presencia de mitos y creencias al momento de interactuar con adultos mayores, ya que su actitud se ve enormemente influida por ellos, debiendo entonces prepararse para contrarrestar sus probables efectos negativos. Por lo cual es necesario entonces,

incorporar una concepción de vejez y envejecimiento productivo, óptimo y activo que nos permita considerar a la vejez como una etapa de nuevas realizaciones, debemos generar un cambio y lo estamos haciendo solo que este es poco a poco.

XII. CONCLUSIONES

XI. CONCLUSIONES

El vejeísmo es un problema que no debe seguir ignorándose ya que acarrea grandes consecuencias para el adulto mayor, tales como psicológicos, médicos, sociales, jurídicos; es decir, en nuestra sociedad en general, lo cual no garantiza un bienestar óptimo para esta población y por ende afecta la calidad de vida. Es por esta razón que este tipo de problemas deben ser abordados desde las bases, sin embargo, no se puede cambiar las actitudes que tienen los alumnos, puesto que son traídas desde los hogares, sin embargo y con bases y fundamentos estructurados a lo largo de la carrera y del plan de estudios, estas conductas pueden ser modificadas.

En esta investigación se observó que los alumnos que no tuvieron una formación previa de geronto-geriatría y por lo cual muestran vejeísmo, sin embargo, y lo que es importante mencionar es que dicha percepción se logró modificar de forma positiva, a pesar de que solo se abordan estas temáticas en el último año de la carrera, lo cual no permite que el adulto mayor se aborde como un objeto de estudio sino hasta el último año de la carrera, lo cual hace que la influencia sea mínima, se obtendría un mejor resultado si dicha influencia iniciara desde el primer año, no obstante, se observa en esta investigación un cambio en la concepción del adulto mayor lo cual nos permite inferir que si se cambia la percepción del adulto mayor y se creería que este cambio tendría un mayor beneficio si se retomaran temas del adulto mayor desde el primer año de la carrera, puesto que hoy en día el adulto mayor se encuentra presente en todo el ciclo de vida de las personas y de la sociedad.

Otro hallazgo de esta investigación es que la teoría tiene mayor influencia sobre los alumnos en comparación con la práctica, se esperaría todo lo contrario por la interacción que estos tienen con los adultos mayores en los diferentes escenarios, sin embargo, esto nos permite crear estrategias que influyan en mayor medida sobre los alumnos y su constructo de los adultos mayores.

XIII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

XIII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Con el fin de tener mejores resultados y más enriquecedores se debería realizar un estudio longitudinal en el cual se realicen 5 mediciones que corresponden a cada año para conocer como entran y como, salen los alumnos, ya que un estudio así nos serviría para darnos cuenta en que modulo y/o año de la carrera se debe hacer un acercamiento más significativo hacia los adultos mayores, así mismo nos permitiría conocer cómo se abordan las temáticas sobre adultos mayores, en los diversos módulos de la carrera.

Por lo anterior, se podría mencionar que una limitación fue el tiempo establecido para la investigación en la maestría, que fue la limitante principal, ya que a pesar que los resultados fueron satisfactorios, hizo falta más tiempo para que los resultados fueran del todo determinantes y concluyentes, no solo para la presente investigación, sino también para la propia carrera.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ Ham CR. El Envejecimiento en México: El siguiente reto de la Transición Demográfica. México: Porrúa; 2003. p.38-40.

² Arias VA, Morales JF. Aspectos psicosociales del envejecimiento. En: Ballesteros JS. Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid. Universitas; 2007. p.113-49.

³ La Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/33220/2008-268-SES.32-CELADE-ESPANOL.pdf>

⁴ Miro GC. Transición Demográfica y envejecimiento demográfico. Papeles de población [online]. 2013; 9(35): 9-28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203502>.

⁵ Consejo Nacional de la población. Envejecimiento de la población de México: reto del siglo XXI. México: Consejo Nacional de la Población; 2004.

⁶ Montes de Oca V. Vejez, Salud y sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde las perspectivas cuantitativas y cualitativas. México. UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales: Secretaria de Desarrollo Institucional, Seminario Universitario Interdisciplinario, sobre envejecimiento y vejez; 2014. p. 402.

⁷ Tuirán R. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Prevención de la violencia atención a grupos vulnerables y los derechos humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad. Fascículo 3. México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2003. p. 15-34.

⁸ Sánchez RM, Mendoza NV. Envejecimiento. Enfermedades crónicas y antioxidantes. Facultad de estudios Superiores Zaragoza, UNAM, 2003. p.1-11.

⁹ Mendoza MV, Martínez MM. Cambios Biológicos durante el envejecimiento. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA, editores. Gerontología Comunitaria. 4ta Ed. México: FES Zaragoza, UNAM; 2008. p.63-83.

¹⁰ Ballesteros JS. Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid. Universitas; 2007. p. 58-69.

¹¹ Mendoza NV, Sánchez RM, Correa ME. Enfermedades crónicas en la vejez En: Estrategias para el control de enfermedades crónico degenerativas a nivel comunitario. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México; 2008. p. 7-47

¹² Aguirre ES. Los derechos humanos en la tercera edad. México. Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1999. p.19-21.

¹³ Fernández-Ballesteros R. Gerontología social. Una Introducción. En: Fernández-Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2009. p.38-49.

¹⁴ Moragas RM. Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder; 1991. p.21-43.

¹⁵ Yates FE. Theory of Aging. Citado en: Fernández-Ballesteros R. Gerontología social. Una Introducción. En: Fernández-Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2009. p.44-8.

¹⁶ Arana JM. Biología del envejecimiento. Citado en: Fernández-Ballesteros R. Gerontología social. Una Introducción. En: Fernández-Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2009. p. 44-5.

¹⁷ Gould RL. The Mismeasure of Man. Citado en: Fernández-Ballesteros R. Gerontología social. Una Introducción. En: Fernández-Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2009. p. 46-7.

¹⁸ Harvighurst RJ. Gerontological Society of America. En: Maddddox GL. The Encyclopedia of Aging. Citado en: Fernández-Ballesteros R. Gerontología social. Una Introducción. En: Fernández-Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2009. p.47-8.

¹⁹ Eliopoulos C. Enfermería Gerontología. 8ª Ed. Barcelona (España): Wolters Kluwer; 2014. p.2-11.

²⁰ Velasco HM. Los sentidos culturales de envejecimiento, una aproximación antropológica. En: Ballesteros JS. Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid. Universitas; 2007. p.86-9.

²¹ Bazo RM, Maiztegui OC. Sociología de la vejez. En: Bazo RM, García SB. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2da Ed. Madrid-España. Ciencias de la Salud. Panamericana; 2006. p.74-90.

²² Philips KD. El modelo de adaptación. En: Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 8ª Ed. España: Elsevier; 2014: 269-92.

²³ Millán CJ. Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid España: Mc Graw Hill; 2006. p.5-29.

²⁴ Eliopoulos C. Enfermería Gerontología. 8ª Ed. Barcelona (España): Wolters Kluwer; 2014. p.2-50.

²⁵ García HM, Torres EM, Ballesteros PE. Enfermería geriátrica. 2ª Ed. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2006. p.1-40.

²⁶ Sánchez SC. Gerontología Social. Argentina: Espacio; 2000. p.45-67.

²⁷ Honorio M. Velasco. Los sentidos culturales del envejecimiento. Una aproximación antropológica. En: Ballesteros JS. Envejecimiento Saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: Universitas, S.A. UNED; 2007. p.78-109.

²⁸ Devesa-Colina E, Geriátría y gerontología. Generalidades, fisiología, psicología, sexualidad e inmunidad en el anciano. La Habana: Científico-Técnica; 1992. p.13-5.

-
- ²⁹ Berezaluce-Falcón G, Palacios-Ortíz N. Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de centro, Tabasco. *Salud Pública* [online] Junio 2007. [citado el 7 de octubre de 2014]; 6(3): 16-23. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2007_sep_dic/04%20Rol%20social%20del%20adulto%20mayor%20en%20las%20familias%20del%20municipio%20de%20Centro.pdf
- ³⁰ Salgado-de SV, Wong DR. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*. (en línea); 2007; 49(sup 4): s515-s521. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10604410>
- ³¹ Herrera S, Fernández B. ¿Está disminuyendo la solidaridad intergeneracional en América Latina? Un estudio de las relaciones intergeneracionales de los hijos con los adultos mayores. En: Montes de Oca V. *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. México: Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento; 2013. p. 271-300
- ³² Montes de Oca V. Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. *Papeles Población*; México: Centro de Investigación y Estudios de la Población / Universidad Autónoma del Estado de México; 1999: 149-172.
- ³³ Zavala MG, Vidal GD, Castro SM, Quiroga P, Klassen PG. Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería* [en línea]; 2006; 7(2): 53-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007
- ³⁴ Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Publica Mex* [en línea]; 2006; 48(1): 30- 38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10648105>
- ³⁵ Sánchez A. El apoyo social informal, en la atención de los ancianos. un desafío para los noventa. O.P.S./O.M. S. *Publicación Científica* [en línea]; 1994. 546
- ³⁶ Triadó TC, Villar PF. El rol de abuelo: cómo perciben los abuelos las relaciones con sus nietos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [en línea]; 2000; 35(52): 30-36. Disponible en: http://www.infogerontologia.com/documents/gerontologia/articulos/II_congreso_geront_geriat_cataluna/2000c_rol_de_abuelo.pdf
- ³⁷ Eckman M. *Enfermería Geriátrica*. México: Manual Moderno; 2012. p.13-20.
- ³⁸ Traxler A. *Les't get gerontologized: Developing a sensitivity to aging the multi-purpose senior center concept: A training manual for practitioners wrking whit the aging*. Springfield, IL: Illinois Departament of Aging; 1980. p.4-8.
- ³⁹ Martínez-Maldonado ML, Vivaldo-Martínez, Mendoza-Nuñez VM. ¿Qué es el viejismo? En: Mendoza-Nuñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. *Viejismo: Prejuicios y estereotipos de la vejez*. México FES Zaragoza, UNAM; 2008. p.7-31.
- ⁴⁰ Paltmore E. *Ageirm: negative and positive*. New York. Springer: 1990. p. 4-8.
- ⁴¹ Zuñiga PC. *Mitos y estereotipos en el envejecimiento y la vejez*. Costa Rica. CONAPAM; 2010. p.2-8.

-
- ⁴² Arias VA, Morales JF. Aspectos psicosociales del envejecimiento. En: Ballesteros JS. Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid. Universitas; 2007. p.113-27.
- ⁴³ Jaurilaritza E. estereotipos asociados a las personas mayores. Euskadi (Vasco). Helduack Adi; 2009. p.7-13.
- ⁴⁴ Carbajo VM. Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete. [en línea]; 2009 [citado el 10 de noviembre de 2014]; 1(24): 87-96. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/revista24.asp>
- ⁴⁵ Light D, Keller S, Calhoun C. Sociología. México. Mc Graw-Hill; 1991. p. 355-6.
- ⁴⁶ Calvo CB, Calvo CS. Derecho, protección y tutela al mayor. En: Cervera DM, Sáiz GJ. Actualización en Geriátrica y Gerontología. 4ta ed. Alcalá la Real. Formación Alcalá; 2009. p.701-10.
- ⁴⁷ Bauzá AV. Mitos y prejuicios en la tercera edad. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. [revista en internet]; 2011 [citado el día 15 de noviembre del 2014]; 8(1): 1-8. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph071111.html>
- ⁴⁸ Aguirre ES. Las personas de la tercera edad como grupo vulnerable. En: Aguirre ES. Los derechos Humanos en la Tercera Edad. México. Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1999. p.33-53.
- ⁴⁹ Feher EL. La discriminación jurídica y social. México. UNAM. Instituto de Investigaciones Sociales; 1964. p. 20-1.
- ⁵⁰ Rodríguez RJ. Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos, ONU-OEA, tomo 1. México, CNDH; 1994. p.84-9.
- ⁵¹ Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Enadis 2010. Resultados sobre personas adultas mayores. México: CONAPRED, INAPAM; 2011. p.33-57. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-PAM-Accss.pdf>
- ⁵² Luna MA. Derechos legales en el envejecimiento. En: Huirán R. Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México. Consejo Nacional de Población; 1999. p. 375-6.
- ⁵³ Salas A. Declaración de la Federación Internacional de la Vejez sobre los Derechos y Responsabilidades de las personas de edad. En: Derecho de la Senectud. México. Porrúa; 1999. p. 123.
- ⁵⁴ Castillo AS, Cabrerizo DJ. Formación del profesorado en educación superior. Madrid: Mc Graw Hill; 2005. p.263-87.
- ⁵⁵ Colom CA. Continuidad y complementariedad entre la educación formal y no formal. Revista de educación; 2005 [citado el 14 de abril de 2015]; 338(3): 9-22

⁵⁶ Bellido CM, Crespo KS. Los docentes en el diseño y reestructuración curricular. En: *Revista Educación*, 2001; 40(1): 52-6.

⁵⁷ Ibáñez BC. Diseño curricular basado en competencias profesionales: una propuesta desde la psicología interconductual. *Revista de Educación y Desarrollo*. [revista online] 2007 [citado el 22 de septiembre de 2014]; 4(6): 45-54. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=97613&id_seccion=4504&id_ejemplar=9537&id_revista=291

⁵⁸ Díaz BA. Investigación educativa y formación de profesores. Contradicciones de una articulación. CESU-UNAM, México; 1990. p. 75.

⁵⁹ Tabloski P. Enfermería gerontológica. España: Mc Graw Hill; 2010. p.2-22.

⁶⁰ García HM, Torres EM, Ballesteros PE. Enfermería Geriátrica. 2da ed. Barcelona, España: MASSON; 2000. p. 2-4.

⁶¹ García HM, Martínez CF, Flores de la TM, González NA, Silva GL, Ania PJ, et al. Manual de Enfermería Geriátrica. 2da ed. España: MAD; 2010. p. 11-19.

⁶² Stella BF. Percepción del envejecimiento en estudiantes de carreras de ayuda de la universidad de Costa Rica. *Ciencias Sociales*; [revista en internet]. 1995; 1(70): 97 - 109. Disponible en: <http://revistacienciassociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/70/stella.pdf>

⁶³ Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Educ Today*. [online]. 2001; 21(3): 225-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11322814>

⁶⁴ McKonlay A, Cowan S. Student nurses' attitudes towards working with older patients. *J Adv Nurs*. [revista e internet]. 2003; 43(3): 298 -309. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12859789>

⁶⁵ Hweidi IM, Al-Obeisat SM. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Enfermera Educ. Hoy*. [revista e internet]. 2006; 26(1): 23-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16115699>

⁶⁶ Arnold-Cathalifaud M, Thumala D, Urquiza A, Ojeda A. La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: Estudio exploratorio. *Última Década*. [Revista en internet] 2007; 15 (27): 75-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362007000200005&lng=en&tlng=es. 10.4067/S0718-22362007000200005.

⁶⁷ Mendoza-Nuñez VM, Martínez-Maldonado ML, Correa-Muñoz E. Las percepciones sobre la importancia de la educación gerontológica de los profesores y los estudiantes de pregrado de ciencias de la salud. *BMC Medical Education*. [online]. 2007; 7: 1-1. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/40>

⁶⁸ Martínez-Maldonado ML, Vivaldo-Martínez, Mendoza-Nuñez VM. ¿Qué es el viejismo? En: Mendoza-Nuñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. *Viejismo: Prejuicios y estereotipos de la vejez*. México FES Zaragoza, UNAM; 2008: 7-31

-
- ⁶⁹ Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Enfermera Educ Today*. [revista en internet]. 2009; 29(6): 617-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19243864>
- ⁷⁰ Franco SM, Villarreal RE, Vargas DE, Martínez GL, Galicia RL. Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]; 2010; 138(8): 988-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800007>
- ⁷¹ Yildirim UY, Demir Y, Yönder M, Yildiz A. Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. [revista en internet]. 2012; 54 (1): 90-4. Disponible en: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(11\)00027-6/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(11)00027-6/abstract)
- ⁷² Sahin S, Mandiracioglu A, Tekin N, Senuzun F, Akicicek F. Attitudes toward the elderly among the health care providers: Reliability and validity of Turkish version of the UCLA Geriatrics Attitudes (UCLA-GA) scale. *Arch Gerontol Geriatr*. [revista en internet]. 2012; 55 (1): 205 -9. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?LinkName=pubmed_pubmed&from_uid=21937128
- ⁷³ Luo B, Zhou k, Jung JE, Newman A, Liang J. Ageism among College Students: A Comparative Study between U.S. and China. *J Cross Cult Gerontol*. [Online] 2013; 28 (1): 49-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23397227>
- ⁷⁴ Freitas MC, Ferreira MA. Vejez y persona anciana: representaciones sociales de adolescentes escolares. *Rev. LatinoAm.Enfermagem* [Internet] 2013; 21(3): 1-7 Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0750.pdf
- ⁷⁵ Couto MC, Koller SH, Novo R, Soares PS. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [online]. 2009; 25(4): 509-18. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000400006&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-37722009000400006.
- ⁷⁶ Adibelli D, Dilek K. Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients. *Enfermera Educ Hoy*. [revista en internet]. 2013; 33(9): 1074-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22542986>
- ⁷⁸ Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Educ Today*. [online]. 2001; 21(3):225-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11322814>
- ⁷⁹ Rodgers V, Gilmour J. Shaping student nurses' attitudes towards older people through learning and experience. *Nurs Prax N Z*. [online]. 2011; 27(3):13-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375376>
- ⁸⁰ Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Educ Today*. [online]. 2009; 29(6): 617-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19243864>

⁸¹ Huang YF, Liang J, Shyu YI. Ageism perceived by the elderly in Taiwan following hip fracture. *Arch Gerontol Geriatr.* [online]. 2014; 58(1): 30-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24035706>

⁸² Usta YY, Demir Y, Yönder M, Yıldız A. Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr.* [online]. 2012; 54(1): 90-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21353316>

XV. ANEXOS

ANEXO 1. Análisis del plan de estudios de 4to año de la Licenciatura en Enfermería

AÑO	MODULO	MATERIA	IIAM*	IDAM**	UNIDAD	CONTENIDO
CUARTO	ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA 2	E N F E R M E R Í A		X	El cuidado de enfermería al paciente con trastornos uro-nefrológicos	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente con Infección de vías urinarias altas y bajas, hipertrofia prostática, enfermedad renal aguda crónica • Guía de Valoración • Participación de enfermería en pruebas diagnósticas. • Principales etiquetas diagnosticas reales y/o potenciales, incluyendo etiqueta diagnostica, factores relacionados y características definitorias. • Determinación de los resultados esperados e indicadores con base a la taxonomía NOC. • Selección de intervenciones de acuerdo al NIC • Farmacología aplicada a trastornos del aparato uronefrológico. • Aspectos éticos y legales en la atención al paciente con trastornos uronefrológicos. • La evaluación será dada por el logro de los indicadores, tomando en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos, promoviendo el paso de etapas para lograr en la persona un agente de autocuidado, disminuyendo o anulando los riesgos de desviación de la salud.
				X	El cuidado de enfermería al paciente con trastornos digestivos	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente con enfermedad ácido péptica, colecistitis, pancreatitis, cirrosis hepática, estomas digestivas. • Guía de Valoración • Participación de enfermería en pruebas diagnósticas. • Principales etiquetas diagnosticas reales y/o potenciales, incluyendo etiqueta diagnostica, factores relacionados y características definitorias. • Determinación de los resultados esperados e indicadores con base a la taxonomía NOC. • Selección de intervenciones de acuerdo al NIC • Farmacología aplicada a trastornos del aparato digestivo • Aspectos éticos y legales en la atención al paciente con trastornos digestivos. • La evaluación será dada por el logro de los indicadores, tomando en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos, promoviendo el paso de etapas para lograr en la persona un agente de autocuidado, disminuyendo o anulando los riesgos de desviación de la salud.

						<ul style="list-style-type: none"> • El paciente con esguince, luxaciones, fracturas y con dispositivos para la movilización. • Guía de Valoración • Participación de enfermería en pruebas diagnósticas. • Principales etiquetas diagnosticas reales y/o potenciales, incluyendo etiqueta diagnostica, factores relacionados y características definitorias. • Determinación de los resultados esperados e indicadores con base a la taxonomía NOC. • Selección de intervenciones de acuerdo al NIC • Farmacología aplicada a trastornos del aparato musculo-esquelético • Aspectos éticos y legales en la atención al paciente con trastornos musculo-esqueléticos. • La evaluación será dada por el logro de los indicadores, tomando en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos, promoviendo el paso de etapas para lograr en la persona un agente de autocuidado, disminuyendo o anulando los riesgos de desviación de la salud.
				X	<p>El cuidado de enfermería al paciente con trastornos músculo-esqueléticos</p>	
			X		<p>El cuidado de enfermería al paciente con trastornos hematológicos e inmunológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Precauciones universales para evitar el contagio • El cuidado de enfermería a pacientes con alteración del confort • El paciente con Anemia (Ferropénica, aplásica, por pérdidas, deficiencia de vit.B12), leucemia, Lupus Eritematoso generalizado Sistémico, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA). • Guía de Valoración • Participación de enfermería en pruebas diagnósticas. • Principales etiquetas diagnosticas reales y/o potenciales, incluyendo etiqueta diagnostica, factores relacionados y características definitorias. • Determinación de los resultados esperados e indicadores con base a la taxonomía NOC. • Selección de intervenciones de acuerdo al NIC • Farmacología aplicada a trastornos del aparato hemato-inmunologico • Aspectos éticos y legales en la atención al paciente con trastornos hemato-inmunológicos. • La evaluación será dada por el logro de los indicadores, tomando en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos, promoviendo el paso de etapas para lograr en la persona un agente de autocuidado, disminuyendo o anulando los riesgos de desviación de la salud.

				X	<p>El cuidado de enfermería al paciente con trastornos dermatológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente con úlceras por presión (UPP), quemaduras • Guía de Valoración • Participación de enfermería en pruebas diagnósticas. • Principales etiquetas diagnosticas reales y/o potenciales, incluyendo etiqueta diagnostica, factores relacionados y características definitorias. • Determinación de los resultados esperados 4 indicadores con base a la taxonomía NOC. • Selección de intervenciones de acuerdo al NIC • Farmacología aplicada a trastornos del sistema tegumentario • Aspectos éticos y legales en la atención al paciente con trastornos dermatológicos. • La evaluación será dada por el logro de los indicadores, tomando en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos, promoviendo el paso de etapas para lograr en la persona un agente de autocuidado, disminuyendo o anulando los riesgos de desviación de la salud
--	--	--	--	---	--

AÑO	MODULO	MATERIA	IIAM*	IDAM**	UNIDAD	CONTENIDO
CUARTO	ENFERMERIA MÉDICO QUIRÚRGICA 2	C I E N C I A S M E D I C A S		X	RENAL Infección de vías urinarias altas y bajas, Insuficiencia Renal aguda y crónica ,Hipertrofia Prostática Benigna (HPB)	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades: Anatomía y Fisiología • Definición, Etiología, Clasificación • Fisiopatología • Cuadro clínico • Diagnóstico clínico: Imagenológico-laboratorio • Diagnóstico diferencial • Tratamiento médico: (invasivo-no invasivo) • Complicaciones
				X	DIGESTIVO Enfermedad Ácido péptica, Colecistitis, Cirrosis Hepática y Pancreatitis	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades: anatomía y fisiología • Definición, Etiología, Clasificación • Fisiopatología • Cuadro clínico • Diagnóstico: Clínico, endoscópico, Imagenológico • Diagnóstico diferencial • Tratamiento médico y quirúrgico • Complicaciones
				X	MUSCULO-ESQUELETICO Esguince , luxación y Fracturas	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades: anatomía y fisiología • Definición, Etiología, Clasificación • Fisiopatología • Cuadro clínico • Diagnóstico clínico, Imagenológico • Diagnóstico diferencial • Tratamiento médico y quirúrgico • Prevención • Complicaciones
				X	HEMATOLOGÍA Anemia (pérdida de sangre, ferropénica, deficiencia de vitamina B 12) Leucemia Aguda (LLA, LMA) Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades: anatomía y fisiología • Definición, Etiología, Clasificación • Fisiopatología • Cuadro clínico • Diagnóstico clínico. Laboratorio y etiológico • Dx. Diferencial • Tratamiento médico y quirúrgico • Complicaciones
				X	DERMATOLOGÍA Úlceras por presión , Quemaduras	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades: anatomía y fisiología • Definición, Etiología, Clasificación • Fisiopatología • Cuadro clínico • Diagnóstico clínico • Tratamiento médico inicial y sostén, quirúrgico, rehabilitación • Pronóstico • Complicaciones
				X	GERONTO GERIATRÍA Síndrome de caídas, Síndrome Delirio	<ul style="list-style-type: none"> • Teorías del Envejecimiento • Cambios del sistema muscular, esquelético y del cerebro en el proceso de envejecimiento • Nutrición gerontológica • Fármaco geriátrica • Definición, Frecuencia, Causas • Fisiopatología • Cuadro clínico • Tratamiento y pronóstico • Prevención

AÑO	MODULO	MATERIA	IIAM*	IDAM**	UNIDAD	CONTENIDO	
CUARTO	ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA 2	S A L U D M E N T A L		X	Cuidado emocional al paciente con trastornos uronefrológicos	<ul style="list-style-type: none"> • (Infección de vías urinarias (altas y bajas), Hipertrofia Prostática. Enfermedad Renal Aguda y Crónica) • Repercusiones de los procedimientos de enfermería en la personalidad del paciente: cateterismo, sondas y drenajes, diálisis peritoneal, hemodiálisis. 	
				X	Cuidado emocional al paciente con trastornos musculoesqueléticos (Esguince, Luxación, Fractura)	<ul style="list-style-type: none"> • Significado psicológico de estas patologías. • Problemas emocionales • Repercusiones de los procedimientos de enfermería en la personalidad del paciente. • Trastornos funcionales • Enfermedades psicosomáticas mayores • Alteraciones somato psíquicas. • Reacciones de adaptación a la enfermedad y al tratamiento. • Actitudes del personal de enfermería para disminuir las alteraciones emocionales que son originadas por esta patología. 	
				X	Cuidado emocional al paciente con trastornos dermatológicos. (ulceras por presión, quemaduras)	<ul style="list-style-type: none"> • Significado psicológico de estas patologías. • Problemas emocionales. • Trastornos funcionales. • Problemas del personal de la salud. • El paciente quemado. • Actitudes del personal de enfermería para disminuir las alteraciones emocionales. 	
			MATERIA	IIAM*	IDAM**	UNIDAD	CONTENIDO
			C I E N C I A S S O C I A L E S	X		Las diversas facetas de la globalización y su impacto en la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito Económico • Ámbito Político • Ámbito Social • Ámbito Ecológico
					X	Cultura, Multiculturalidad y Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Los modelos médicos hegemónicos. • La medicina tradicional y el saber médico. • El rol del enfermo. • La medicina como ciencia social: • El proceso salud enfermedad en las diversas religiones • El proceso salud enfermedad en los pueblos indígenas: el chamán, el herbolario, el brujo y las parteras.
					X	Desarrollo Humano y el Enfoque de Capacidades	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades funcionales humanas centrales. • Capacidades vs necesidades. • Capacidad y bienestar. • La noción de funcionamientos. • Objetos-valores, y espacios evaluativos. • Empoderamiento y pobreza • Políticas públicas y desarrollo humano.

AÑO	MODULO	MATERIA	IIAM*	IDAM**	UNIDAD	CONTENIDO
CUARTO	ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA 2	EPIDEMIOLÓGIA		X	Grupos etarios seleccionados para estudiar en el área de Médico quirúrgica II	<ul style="list-style-type: none"> • Productiva y posproductiva • Identificación de problemas de salud. • Análisis y controversia con los conceptos de: Adulto, Joven, maduro, edad reproductiva, pos madura, anciana, presenil y senil.
				X	Morbimortalidad y factores de riesgo relacionados con el sistema Genitourinario	<ul style="list-style-type: none"> • 20 primeras causas. (Lista básica). • Grupo de edad y sexo más afectado • Entidades federativas más afectadas. • Tendencia quinquenal. • Institución especializada. • Enfoque de riesgo: • Establecer las actividades preventivas.
			X		Morbimortalidad y factores de riesgo relacionados con el Aparato Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • 20 primeras causas. (Lista básica). • Grupo de edad y sexo más afectado • Entidades federativas más afectadas. • Tendencia quinquenal. • Institución especializada. • Enfoque de riesgo • Establecer las actividades preventivas.
				X	Morbimortalidad y factores de riesgo relacionados con el Aparato Musculo esquelético.	<ul style="list-style-type: none"> • 20 primeras causas. (Lista básica). • Grupo de edad y sexo más afectado. • Entidades federativas más afectadas. • Tendencia quinquenal. • Institución especializada. • Enfoque de riesgo • Establecer las actividades preventivas
				X	Morbimortalidad y factores de riesgo relacionados con afecciones dermatologicos (IDAM)	<ul style="list-style-type: none"> • 20 primeras causas. (Lista básica). • Grupo de edad y sexo más afectado • Entidades federativas más afectadas. • Tendencia quinquenal. • Institución especializada. • Enfoque de riesgo • Establecer las actividades preventivas.
ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA						
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA						
INTEGRACIÓN	GINECO-OBSTETRICIA, SALUD PÚBLICA, PEDIATRÍA, MÉDICO QUIRÚRGICA, GERONTOGERIATRÍA	X		Tópicos de la atención de enfermería	Salud Publica	
						Gineco-obstetricia
						Pediatría
		X				Medico quirúrgica
		X		Gerontogeriatría		

*IIAM (Intervención Indirecta del Adulto Mayor)

** IDAM (Intervención Directa del Adulto Mayor)

ANEXO 2. Cuadros del Estado del Arte

AUTOR	PAÍS / AÑO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OBJETIVO	HALLAZGOS
<i>Yildirim UY, Demir Y, Yönder M, Yildiz A.</i>	Turquía 2012	185 estudiantes de enfermería de la universidad de Turquía	Definir las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el vejeismo.	Este estudio demostró que las actitudes positivas hacia los ancianos se vieron influenciadas por los años de escolaridad, así mismo por los estudiantes con cursos previos en salud sobre los ancianos.
<i>Arnold-Cathalifaud M, Thumala D, Urquiza A, Ojeda A.</i>	Chile 2007	682 estudiantes universitarios.	Ampliar el conocimiento sobre las imágenes que los jóvenes universitarios chilenos tienen de la vejez.	Las atribuciones que aplican los jóvenes chilenos a la vejez apuntan a una idea de decadencia o desgracia, es interpretada como una consecuencia de modernización.
<i>Luo B, Zhou k, Jung JE, Newman A, Liang J.</i>	China 2013	980 estudiantes universitarios en China y 332 estudiantes Universitarios en los EE.UU.	Examinar críticamente la hipótesis de que los jóvenes chinos tienen actitudes más positivas en comparación con los jóvenes estadounidenses.	Los resultados obtenidos en este estudio revelaron que los estudiantes chinos muestran actitudes más negativas hacia el envejecimiento, en comparación con los estudiantes estadounidenses, esto se relaciona con la interacción que tienen con los abuelos. Se implementará gerontología en los planes de estudio de las universidades de China
<i>Freitas MC, Ferreira MA.</i>	Brasil 2013	172 alumnos adolescentes de 10 a 19 años	Conocer los elementos centrales de las representaciones sociales de adolescentes de una institución de enseñanza media pública sobre la persona anciana y la vejez.	Los grupos perciben la vejez como una etapa en la cual la vida y el desarrollo del individuo están terminados y prevalecen las pérdidas y frustraciones ante el empeoramiento físico, revelado por las palabras cansancio, cansado y fragilidad. Este estudio reveló la necesidad de intervenciones educativas referentes a conocimientos sobre la vejez.

AUTOR	PAÍS / AÑO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OBJETIVO	HALLAZGOS
<i>Schmidt TC, Silva MJ.</i>	Brasil 2013	117 profesionales y estudiantes de salud	Identificar la percepción y la comprensión de los graduados y los estudiantes del área de la salud acerca de la ancianidad y el envejecimiento humano.	La vista positiva estaba asociada a condiciones y/o situaciones favorables en donde el anciano es independiente, la vista negativa se asocia a los ancianos que necesitan. Este estudio pone en manifiesto el conocimiento que tiene enfermería en el área de la gerontología y dirige acciones para empoderar este conocimiento.
<i>Franco SM, Villarreal RE, Vargas DE, Martínez GL, Galicia RL.</i>	México 2010	200 trabajadores del Hospital General Regional del IMSS de Querétaro.	Determinar la prevalencia de los estereotipos negativos de la vejez en el personal de salud.	La prevalencia del estereotipo negativo de la vejez en el personal de salud estudiado es alta. El estudio evidencia un cambio necesario de cultura, encaminada a la gerontología.
<i>Sahin S, Mandiracioglu A, Tekin N, Senuzun F, Akicicek F.</i>	Turquia 2012	A 256 de estudiantes de pregrado y posgrado (geriatras, medicina interna, medicina familiar, psiquiatras , enfermeras)	Demostrar la validez y la fiabilidad de la versión Turca de la escala de UCLA-GA.	La actitud hacia las personas mayores es un factor importante para la atención médica, es importante que para el presente y el futuro en la educación sea planificado prácticas de este tipo.
<i>McKonlay A, Cowan S.</i>	Reino Unido 2003	172 estudiantes de enfermería.	Examinar las actitudes mantenidas por los estudiantes de enfermería hacia el trabajo con pacientes de mayor edad.	Los resultados obtenidos ofrecen un apoyo desigual a la idea de que las enfermeras con más conocimientos o experiencia tienen opiniones más positivas hacia las personas mayores, y lo relacionan con el control volitivo y las creencias subyacentes.

AUTOR	PAÍS / AÑO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OBJETIVO	HALLAZGOS
<i>Hweidi IM, Al-Obeisat SM.</i>	Jordania 2006	250 estudiantes de la universidad de Jordania.	Identificar las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas mayores.	Los resultados de este estudio sugieren que existen actitudes positivas hacia las personas mayores; a pesar de esto, está claro que es necesario realizar esfuerzos para mejorar aún más. Los profesores en las escuelas de enfermería de Jordania deben de considerar la necesidad de preparar a los estudiantes para sus roles como cuidadoras de este grupo de clientes en particular.
<i>Adibelli D, Dilek K.</i>	Turquia 2013	282 enfermeras	Determinar las actitudes de las enfermeras hacia el cuidado del paciente mayor y las dificultades que experimentan	Las dificultades experimentadas por las enfermeras, muestran que la falta de hospitales técnicamente equipados o clínicas para los pacientes de edad avanzada y la insuficiencia de la educación gerontológica enfermeras.
<i>Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C.</i>	Grecia 2009	227 estudiantes de enfermería años primero y último año de una universidad y 191 estudiantes de primer y último año de enfermería de un Instituto de Educación Tecnológica	Evaluar los efectos de la educación sobre el conocimiento y las actitudes del estudiante de enfermera a las personas mayores en Grecia.	Los resultados muestran que los alumnos tienen actitudes positivas, sin embargo, es importante que para que estas actitudes no cambien deben existir revisiones constantes y mejoras en los programas educativos, para tener una perspectiva más integral de las personas mayores.

AUTOR	PAÍS / AÑO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OBJETIVO	HALLAZGOS
<i>Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM.</i>	Suecia 2001	151 estudiantes de pregrado de enfermería y 41 enfermeras registradas	Medir los sentimientos hacia las personas de más edad entre estudiantes de enfermería y enfermeras certificadas	Se concluye que para la formación de las enfermeras, se recomienda la experiencia dirigida a una meta de atención a los mayores con el fin de crear sentimientos positivos hacia y el interés en las personas mayores entre los estudiantes.
<i>Stella BF.</i>	Costa Rica 1995	109 alumnos	Eliminar visiones en un enfoque médico y promover el conocimiento gerontológico	Evidenciaron que no se trata solo de brindar educación en gerontología enfocada en los cambios y/o el proceso de envejecimiento, sino que los curriculum de las instituciones deben enfocarse más en crear una visión más holística del adulto mayor, para lo cual es necesario llevar a cabo programas en la comunidad, en la sociedad y en las familias
<i>Mendoza-Nuñez VM, Martínez-Maldonado ML.</i>	México FES Zaragoza 2008	531 alumnos y 111 profesores	Evaluar los conocimientos, prejuicios y estereotipos sobre la vejez que manifiestan los estudiantes y profesores universitarios de las ciencias sociales y de la salud.	Un factor que dificulta el proceso de enseñanza aprendizaje son los prejuicios y estereotipos prevalentes en profesores y adultos, por ello es conveniente incluir en los planes de estudio de todas las carreras de las ciencias sociales y de salud un curso sobre conocimientos de envejecimiento y vejez.

AUTOR	PAÍS / AÑO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OBJETIVO	HALLAZGOS
<p><i>Mendoza-Nuñez VM, Martínez-Maldonado ML. Correa-Muñoz, E.</i></p>	<p>México FES Zaragoza 2007</p>	<p>26 profesores y 122 estudiantes</p>	<p>Analizar las percepciones de los profesores y estudiantes sobre las prácticas educativas actuales en gerontología.</p>	<p>Los resultados reportan que los profesores no le toman importancia a las materias sobre el envejecimiento, lo cual es un factor negativo para la enseñanza de la gerontología y principalmente para lograr una cultura gerontológica.</p>

XVI. APENDICE

APENDICE 1. Formula de poblaciones finitas

DATOS

N= 294
p=0.42
q= 1-p
q= 1- 0.42 = 0.58
d= 0.10
z= 1.96

FORMULA DE POBLACIONES FINITAS

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq}$$

SUSTITUCIÓN

$$n = \frac{(294)(1.96)^2(0.42)(0.58)}{(0.10)^2(294-1) + (1.96)^2(0.42)(0.58)}$$

$$n = \frac{(294)(3.84)(0.244)}{(0.01)(293) + (3.84)(0.244)}$$

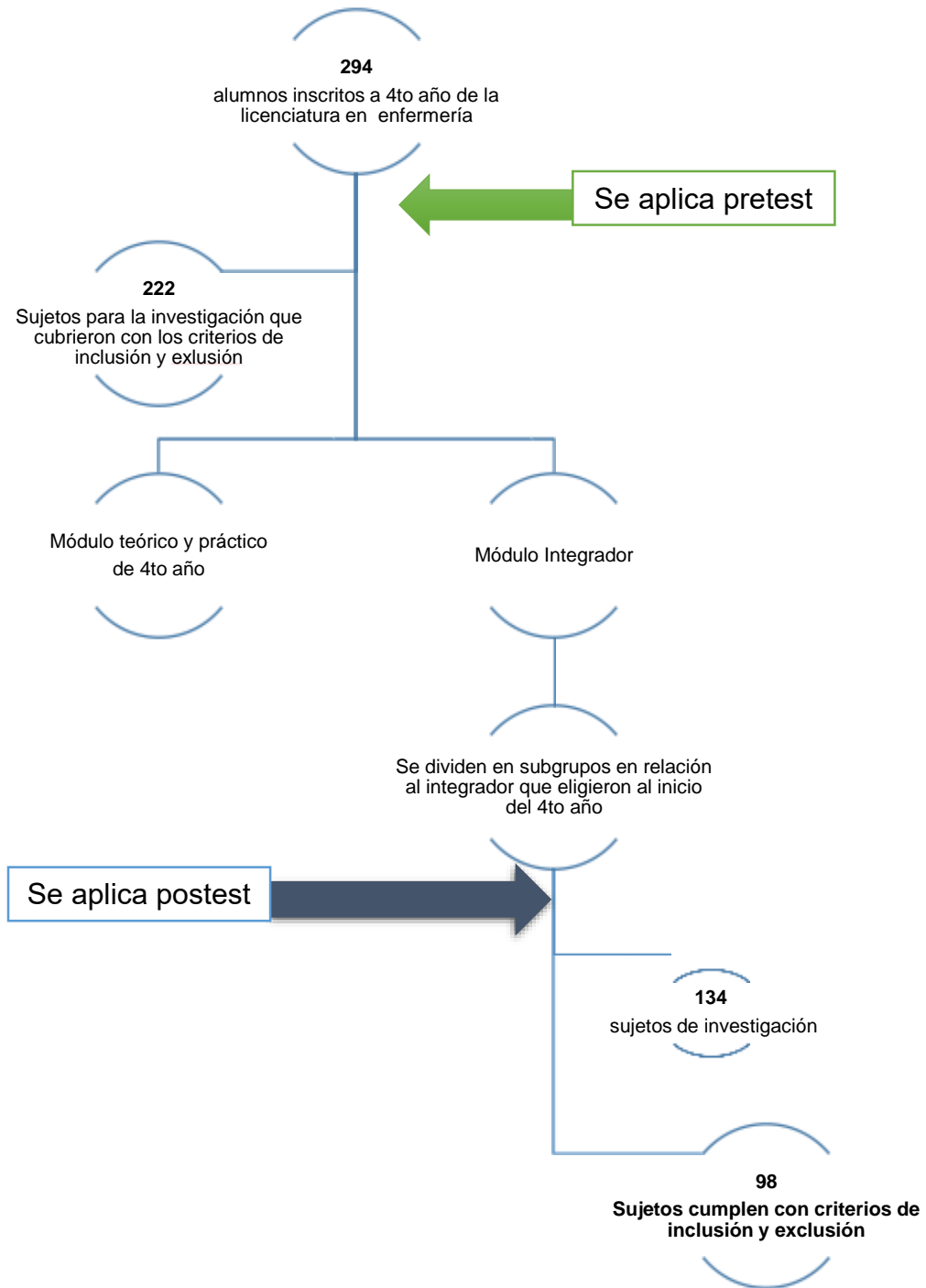
$$n = \frac{(275.5)}{(2.93) + (0.94)}$$

$$n = \frac{(275.5)}{(3.87)}$$

$$n = \underline{71.18} = \mathbf{71}$$

De acuerdo a la fórmula de poblaciones finitas, nuestra muestra para esta investigación es de **71** alumnos del 4to año de la licenciatura en enfermería.

APENDICE 2. Mapa de muerte estadística para esta investigación



APENDICE 3. Instrumento de vejeismo (pretest)



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

UNAM
POSGRADO
Enfermería

INSTRUMENTO DE VIEJISMO (Parte 1)

INSTRUCCIONES.

La información solicitada en el siguiente cuestionario es de tipo personal y confidencial, responda de manera concisa, clara y fidedigna; los datos serán de gran utilidad para actualizar y adecuar los contenidos académicos sobre gerontología y geriatría en los planes de estudio de la Licenciatura en Enfermería de la FES Zaragoza, UNAM.

I. INFORMACIÓN GENERAL

No. de Cuenta: _____ Grupo: _____ Edad: _____ años Sexo: (M) (F)
Religión: _____
Lugar de nacimiento: _____ Lugar nacimiento de los padres: _____
Municipio o Delegación actual: _____

Marque con una X en el paréntesis la opción correspondiente:

1. ¿Tiene alguna experiencia cuidando Viejos? (SI) (NO)
2. ¿Qué tipo de experiencia?
 - 2.1 Profesional (prácticas de la escuela) ()
 - 2.2 Laboral ()
 - 2.3 Social (vecinos) ()
 - 2.4 Familiar ()
 - 2.5 Otras: _____
- 2.1.1 Desde hace cuánto tiempo _____
3. ¿Cómo categorizaría la relación con sus abuelos?
 - 3.1 Buena
 - 3.2 Ni buena, ni mala
 - 3.2 Mala
 - 3.4 No existe relación
4. ¿Qué tan seguida es la convivencia con sus abuelos?
 - 4.1 Viví con ellos
 - 4.2 Vivo con ellos
 - 4.3 Los visito muy seguido
 - 4.4 Ocasionalmente los visito
 - 4.5 No tengo una convivencia

II. PERCEPCIÓN DEL VIEJO

- 5 Al iniciar la carrera. ¿Cuál era tu percepción de los viejos? Marca con una X en el renglón correspondiente.

No.	Los viejos son:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Solitarios				
2	Bondadosos				
3	Cariñosos				
4	Generosos				
5	Confiados				
6	Repetitivos				
7	Maniáticos				
8	Sencillos				
9	Achacosos				
10	Lentos				
11	Sabios				
12	Malhumorados				
13	Chismosos				
14	Pesimistas				
15	Irritables				
16	Preocupados				
17	Pacientes				
18	Sinceros				
19	Susceptibles				
20	Pesados				
21	Infantiles				
22	Caprichosos				
23	Sociables				
24	Respetables				
25	Chochos				
26	Comprensivos				
27	Divertidos				
28	Útiles				
29	Flexibles				
30	Parlanchines				
31	Rabos verdes				
32	Cansados				
33	Necios				
34	Ideáticos				

- 6 A tu experiencia. ¿Cómo describirías la interacción del viejo en la familia, comunidad y sociedad? Marca con una X.

INTERACCION	GUIA	SER CUIDADOR	SER CUIDADO
FAMILIA			
COMUNIDAD			
SOCIEDAD			

APENDICE 4. Instrumento de veijismo (postest)



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



INSTRUMENTO DE VIEJISMO (Parte 2)

INSTRUCCIONES.

La información solicitada en el siguiente cuestionario es de tipo personal y confidencial, responda de manera concisa, clara y fidedigna.

III. INFORMACIÓN GENERAL

No. de Cuenta: _____ Grupo: _____ Edad: _____ años Sexo: (M) (F)

Marque con una X en el paréntesis la opción correspondiente:

1. ¿Convives con personas viejas ajenas a tu familia? (SI) (NO)
2. ¿Qué tan seguida es la convivencia con las personas viejas?
 - 2.1 Todos los días convivo con ellos
 - 2.2 Los visito muy seguido
 - 2.3 Ocasionalmente
 - 2.4 No tengo convivencia

IV. PERCEPCIÓN DEL VIEJO

3 En la actualidad, ¿Cuál es tu percepción de los viejos? Marca con una X en el renglón correspondiente.

No.	Los viejos son:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Solitarios				
2	Bondadosos				
3	Cariñosos				
4	Generosos				
5	Confiados				
6	Repetitivos				
7	Maniáticos				
8	Sencillos				
9	Achacosos				
10	Lentos				
11	Sabios				
12	Malhumorados				
13	Chismosos				
14	Pesimistas				
15	Irritables				
16	Preocupados				
17	Pacientes				
18	Sinceros				

No.	Los viejos son:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
19	Susceptibles				
20	Pesados				
21	Infantiles				
22	Caprichosos				
23	Sociables				
24	Respetables				
25	Chochos				
26	Comprensivos				
27	Divertidos				
28	Útiles				
29	Flexibles				
30	Parlanchines				
31	Rabos verdes				
32	Cansados				
33	Necios				
34	Ideáticos				

V. PERCEPCIÓN DEL VIEJO EN LA CARRERA

- 4 De acuerdo con tu experiencia como observas el rol del viejo (*cuidador y guía, cuidador, guía, ser cuidado*) en los diversos módulos teórico-práctico del plan de estudios. **Marca con una X en el renglón correspondiente.**

Módulo	Rol				
	<i>Cuidador y guía</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Guía</i>	<i>Ser cuidado</i>	<i>No existe intervención del viejo</i>
Medico Quirúrgica II					
Práctica de Medico Quirúrgica II					
Educación en Enfermería					
Administración en Enfermería					
Práctica de Administración de la atención de enfermería y educación en enfermería					
Módulo integrador (Teórico-Práctico)					
Gineco-obstetricia					
Salud Publica					
Pediatría					
Medico Quirúrgica					
Gerontogeriatría					

APENDICE 5. Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: “Influencia de la formación académica sobre el vejeísmo de los estudiantes de la licenciatura en enfermería durante su formación en la FES-Zaragoza”.

Investigador: Estudiante del Programa de Maestría L.E. Elizabeth Araceli Izquierdo Barrera de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

El objetivo de esta investigación es determinar si existe influencia de la formación académica sobre el vejeísmo en los estudiantes de la licenciatura en enfermería, en la FES Zaragoza. Para lograr este objetivo se aplicarán un instrumento que evalúe la percepción acerca de los adultos mayores y cómo influye la formación académica de 4to año sobre esta percepción.

El procedimiento de esta investigación incluye: Responder el instrumento de vejeísmo, elaborado para esta investigación, el cual evalúa la percepción que tienen los alumnos sobre los adultos mayores, al inicio del módulo teórico común de 4to año; posteriormente al finalizar el módulo de pre-especialización se volverá aplicar dicho instrumento en los alumnos.

Cualquier duda sobre la investigación puede preguntar al aplicador o al responsable de la investigación; es importante hacer énfasis que la información proporcionada a través de los instrumentos, será de uso exclusivo de la investigación y será totalmente anónima.

El participante: Después de haber leído detenidamente el consentimiento informado, declaro que acepto participar en la investigación, por tal motivo otorgo mi firma voluntariamente.

Firma del participante

Fecha

Firma del Testigo