



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
ENFERMERÍA**

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**“INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE
CONOCIMIENTOS BÁSICOS GERONTOLÓGICOS SOBRE LA
PERCEPCIÓN DE VEJEZ EN EL ADULTO MAYOR”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

P R E S E N T A

LIC. CARLOTA MERCEDES HERNÁNDEZ ROSALES

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. ELSA CORREA MUÑOZ

MÉXICO, D.F.

ENERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

JURADO:

PRESIDENTE : Doctor Juan Pineda Olvera

VOCAL : Maestra Elsa Correa Muñoz

SECRETARIO : Maestra Reyna Matus Miranda

SUPLENTE 1 : Maestra María de la Luz Martínez Maldonado

SUPLENTE2 : Doctora Laura Moran Peña

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU”

Cd. Universitaria, D.F., a

Elsa Correa Muñoz
Directora de Tesis

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se desarrolló como requisito de titulación para obtener el grado de Maestría en Enfermería, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.7 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Cuautla Morelos. Para su realización se contó con el apoyo incondicional de la Jefe de Enfermeras de esa unidad, la Lic. Rosa María Hernández Rosales, de la Directora Médica la Dra. Martha Plata, y del Coordinador Delegacional Estatal de Atención Médica, el Dr. Héctor Hidalgo, así como del personal de enfermería que fue asignado al módulo de atención de enfermería gerontológica de dicha unidad.

La investigación se llevó a cabo bajo la dirección de la Mtra. Elsa Correa Muñoz y la co-dirección de la Mtra. Virginia Reyes Audiffred y la Mtra. Ma. de la Luz Martínez Maldonado.

AGRADECIMIENTOS

A mí querida Mtra. Elsa Correa Muñoz, por su paciencia, tiempo, confianza y continuo apoyo para la asesoría y conclusión de este trabajo.

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, a la Mtra. Ma. de la Luz Martínez Maldonado, y a la Dra. Raquel Retana Ugalde, por compartir conmigo su amplia experiencia para enriquecer este trabajo y por su valiosa y siempre presta disposición para asesorarme en aspectos muy específicos en este proyecto.

A todos los integrantes de la Unidad de Investigación en Gerontología que en algún momento me apoyaron de manera desinteresada cada que solicité su ayuda.

A la jefe de enfermeras del HGZ/UMF No.7 del IMSS de Cuautla Morelos Lic. Rosa María Hernández Rosales, porque gracias a su gran interés e invaluable apoyo se logró realizar este proyecto en las instalaciones y con población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A las enfermeras, Catalina Saucedo, Gloria y Lourdes Varela adjuntas al Modulo de atención de enfermería gerontológica, por su valiosa y activa participación en este trabajo, quienes a partir de que se decidió echar a andar este proyecto trabajaron día a día para invitar y conquistar a la población de adultos mayores participantes en el estudio, y semana a semana trabajaron conmigo en las sesiones grupales.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, mis hermanas y hermano Mario, Rosy, Alma, Carolina y Paz, y a mis sobrinos Citlali, Carlos, Fernanda y Azucena, porque su existencia es el motor de mi vida y el motivo para buscar dar lo mejor de mi día con día.

Al amor de mi vida “Salvador”, por su constante motivación e incondicional apoyo y comprensión.

Y por último, a los adultos mayores participantes en este estudio, por su tiempo y por su gran muestra de interés para este proyecto, porque juntos recorrimos un camino en la búsqueda de una mejor opción de vida.

ÍNDICE

I. Resumen	1
II. Introducción	3
III. Marco Teórico	
III.1. Envejecimiento poblacional	5
III.2. Percepción de vejez	6
III.3. Educación y adulto mayor	11
IV. Planteamiento del problema	16
V. Hipótesis	17
VI. Objetivo	18
VII. Material y Métodos	
VII.1. Tipo de estudio	19
VII.2 Población	19
VII.3. Variables	20
VII.4. Técnicas	21
VII.4.1 Instrumentos de recolección	22
VII.5. Análisis estadístico	27
VIII. Resultados	28
VIII. 1. Cuadros	33
IX. Discusión	53
X. Conclusiones	60
XI. Perspectivas	61
XII. Referencias	62
XIII. Anexos	71

I. RESUMEN

Antecedentes: La imagen prejuiciada y estereotipada que tiene la sociedad, algunos profesionales en salud y el propio adulto mayor hacia la vejez y el envejecimiento, influyen y refuerzan una imagen estereotipada de este proceso de la vejez vista sólo como pérdidas o carencias, que conllevan al desarrollo de malos hábitos y estilos de vida y favorecen una alta incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas en este grupo etario.

La Organización Mundial de la Salud reconoce y determina que la educación constituye una importante estrategia para mejorar la salud, razón por la cual la educación gerontológica, a través de la implementación de programas se convierte en herramienta indispensable para la modificación de hábitos y estilos de vida.

Objetivo. Evaluar la influencia de una intervención educativa respecto a conocimientos básicos gerontológicos sobre la percepción de la vejez en el adulto mayor.

Método. Se realizó un estudio prolectivo, longitudinal y comparativo en una muestra de 80 adultos mayores de 60 años y más, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Municipio de Cuautla Morelos. La muestra se dividió en dos grupos; uno experimental que fue sometido a una intervención educativa sobre conocimientos básicos gerontológicos, y un control sin intervención.

En ambos se realizaron dos mediciones: una antes y otra después de la intervención educativa. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Palmore modificado que mide prejuicios y conocimientos básicos gerontológicos, y el Cuestionario de Gómez que mide estereotipos. La intervención educativa se impartió a través de un curso teórico-práctico, con una duración de 40 horas, con sesiones de 2 horas, 1 vez a la semana. Los contenidos fueron sobre salud y enfermedad durante el envejecimiento, cambios biológicos del envejecimiento entre otros. Los datos fueron analizados a través de pruebas de comparación como la χ^2 para frecuencias y porcentajes, y t pareada para la comparación de promedios ambas con un IC_{95%}.

Resultados: En la comparación de promedios antes y después de la intervención educativa se observó un aumento estadísticamente significativo en el grupo experimental en las áreas de los conocimientos básicos gerontológicos (12.15 ± 0.43 vs 20.15 ± 0.32), y en los prejuicios positivos de (6.73 ± 0.21 vs 8.03 ± 0.15), así como una disminución estadísticamente significativa para los prejuicios negativos (10.03 ± 0.37 vs 5.55 ± 0.33). Diferencia que no se observó en el grupo control. Por otro lado en la comparación de frecuencias antes y después de la intervención educativa se observó en el grupo experimental una disminución estadísticamente significativa en la categoría de poco conocimiento gerontológico (95% vs 3%), un aumento estadísticamente significativo en la categoría de poco predominio de prejuicios negativos (3% vs 23%), y un aumento estadísticamente significativo en la categoría de poco predominio de prejuicios positivos (40% vs 85%). En el grupo control no se registraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los resultados sugieren que a través de un mayor y mejor conocimiento gerontológico, es posible influir para que el adulto mayor tenga una visión menos prejuiciada y una mejor percepción sobre la vejez.

Palabras clave: Envejecimiento, percepción, educación.

Background: Society, some health professionals and elderly have a prejudiced and stereotyped image to aging and old age that influences and reinforces a stereotyped image of this aging process seen as a loss or as a lack of physical and psychological interaction with society. This leads to the development of bad habits and lifestyles; it also stimulates a high incidence of chronic-degenerative illnesses in this age group. World Health Organization (WHO) recognizes and determines that education is an important strategy to health improvement thus gerontological education by programs implementation becomes an essential tool in order to modify habits and lifestyles.

Objective: To evaluate the influence of an educative interaction in respect of basic gerontological knowledge of the aging perception in the elderly.

Method: A prolective, longitudinal and comparative study was carried out in above 60-year-old people; the sample was of 80 affiliated people to IMSS in Cuautla, Morelos. It was divided into two groups: experimental and control. An educative intervention about basic gerontological knowledge was given to the first one, the second one did not have an educative intervention.

In both cases two measures were carried out; one before the educative intervention and another after it. A modified Palmore's questionnaire and Gomez' questionnaire were the instruments used for this process. The first questionnaire measures prejudices and basic gerontological knowledge and the second one measures stereotypes. The educative intervention was taught by a theoretical and practical course of 40 hours with 2-hour sessions, once per week. Contents were about health and disease during aging, biological changes, among others. Data were analyzed by comparison tests as X^2 for frequencies and percentages, and paired t for means comparison, both with confidence interval of 95% (CI_{95%}).

Results: Statistically a significant increase in the experimental group at the basic gerontological knowledge (12.15 ± 0.43 vs 20.15 ± 0.32) areas was observed in the means comparison previously and after the educative intervention, as well as in the positive prejudices of (6.73 ± 0.21 vs 8.03 ± 0.15). Statistically a significant decrease was observed for the negative prejudices (10.03 ± 0.37 vs 5.55 ± 0.33). The control group did not show any difference.

On the other hand, Statistically a significant decrease in the short basic gerontological knowledge category (95% vs 3%) was observed in the experimental group during the frequency comparison previously and after the educative intervention. It was also observed a significant increase in the category of short predominance of negative prejudices (3% vs 23%) and in the category of short predominance of positive prejudices (40% vs 85%). The control group did not show any significant differences.

Conclusions: Results suggest that as major and better gerontological knowledge people have, it will be possible to influence elder in order to change their prejudiced points of view by a better perception about aging.

Key words: Agin, perception, education.

II. INTRODUCCIÓN

Los avances científicos, tecnológicos y la expansión de los programas de servicios de salud han logrado el descenso gradual de la mortalidad, y por ende, el incremento en la esperanza de vida, reflejándose en el envejecimiento poblacional, el cual se ha convertido en un fenómeno demográfico mundial que representa un gran desafío para todas las sociedades actuales.

Algo que es preocupante y evidente es que existe en gran parte de la sociedad un arraigo de estereotipos y prejuicios hacia la vejez y el envejecimiento que influyen en alguna medida y refuerzan una representación social de la vejez vista sólo por las pérdidas o carencias en el adulto mayor, además de que impiden que éste reconozca su capacidad de desarrollo, creando una percepción equivocada de la vejez que conlleva al desarrollo de malos hábitos y estilos de vida, favoreciendo una alta incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, y una mayor discapacidad en este grupo etario.

En este sentido desde el marco del envejecimiento activo dado a conocer por la Organización Mundial de la Salud en la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid España 2002, donde se hace referencia a la participación continúa de las personas mayores en las cuestiones sociales, económicas, culturales espirituales y cívicas, se reconocen los derechos de las personas mayores, considerando la igualdad de oportunidades para ejercer su participación (empoderamiento), lo cual significa proporcionar conocimiento en el ámbito político social, de salud y en otros aspectos de la vida. Se reconoce también y se determina que la educación constituye una importante estrategia para mejorar la salud, razón por la cual la educación gerontológica, a través de la implementación de programas se convierte en una herramienta indispensable para recibir un conocimiento fundamentado sobre el proceso de envejecimiento, buscando con esto que el adulto mayor tenga una percepción menos prejuiciada y estereotipada sobre la vejez, que le permita a la vez una modificación de sus hábitos y estilos de vida, a través de la instrumentación de acciones dirigidas fundamentalmente a propiciar un envejecimiento saludable, que

favorezca la disminución de muertes prematuras de los adultos mayores, así como prevenir o retrasar las discapacidades y enfermedades crónico-degenerativas que son costosas para el adulto mayor, la familia y el sistema de salud. De ahí la importancia del profesional de enfermería como parte fundamental del equipo multidisciplinario en la atención integral del adulto mayor quien a través de programas de intervención educativa puede influir e incidir en romper con los mitos y estereotipos hacia la vejez que ayudan a favorecer el vejestismo y la marginación social.

En este contexto es importante resaltar que enfermería es el profesional idóneo para llevar a cabo la implementación de programas para contrarrestar la percepción que se tiene de la vejez, ya que dentro de su formación académica se le ha capacitado como educadora en salud y sobre todo considerando que los adultos mayores son un grupo poblacional que se ha incrementado considerablemente y que continuará creciendo, por lo que debemos tomar en cuenta todas las implicaciones y repercusiones que traerá consigo este segmento de la población, cuyas demandas y necesidades superan los recursos existentes.

Una de las grandes ventajas de la implementación de los programas de intervención educativa es que pueden abarcar grandes masas, se pueden aplicar en corto tiempo y evaluar el impacto y la trascendencia a corto y mediano plazo además de no resultar costosos, y si muy útiles para mejorar el estado de salud y calidad de vida en los adultos mayores, siendo en la actualidad un grupo tan vulnerable y tan desprotegido.

En México son pocos los estudios de enfermería relacionados sobre la percepción que tiene el adulto mayor sobre la vejez y cómo influye ésta en sus hábitos y estilos de vida, de ahí la importancia de este estudio que tuvo como finalidad desarrollar una intervención educativa de enfermería basada en dar a conocer los conocimientos básicos gerontológicos que ayuden a modificar positivamente la percepción de la vejez en el adulto mayor, con el objetivo de proponer estrategias que impacten en un cambio de vida que favorezca la prolongación y recuperación de la independencia y calidad de vida en la vejez.

III. MARCO TEÓRICO

III.1 Envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico que constituye una preocupación de la sociedad actual, las enfermedades crónico-degenerativas y la dependencia que acompaña a este grupo etario demandan atención y cuidado con un alto costo social y económico para las familias y las instituciones de salud.¹

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó en el 2009 que hay 737 millones (11%) de mayores de 60 años en el mundo, y estima que para el año 2050 habrá 2 mil millones de mayores de 60 años (1 de cada 5), y para el 2150, 1 de cada 3 será mayor de 60 años.^{2,3}

En América Latina y el Caribe la población mayor de 60 años ha ido aumentando de forma importante, en 1980 existían 363.7 millones de habitantes, de ellos 23.3 millones (6.4%) representaban a las personas mayores de 60 años. Para el año 2000 la cifra total era de 565.7 millones, de los cuales 41 millones (7.2%) correspondían al grupo de ancianos, se calcula que para el año 2025 la población total llegará a (10%) 865.2 millones, de los cuales 93.3 millones (10.8%), serán adultos mayores.^{4,5} En el 2009 la población total es de 57,039 millones (10%).²

En México, según reportes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), indican que la población de 60 años o más, en el 2005 era de 8.1 millones de personas, se espera un 12.4% (17, 512,000) de adultos mayores para el año 2025, y un 24.3% (35, 713, 967) para el año 2050, lo que significa que uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años. Esto refleja una modificación en la pirámide poblacional, ya que se acentuará una disminución en la base (menores de edad) y ensanchamiento del vértice fenómeno que se da igual que en el resto del mundo.^{6,7} La cifra más reciente reportada por la Organización de las Naciones Unidas es de 9,9 millones de personas de 60 años o más.²

Entre las demandas crecientes que traen aparejadas este proceso socio demográfico sobresalen las relacionadas con la salud, en donde se evidencia la vulnerabilidad que los adultos mayores tienen para el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes, resultado en gran medida por los malos hábitos de vida que la población tiene.^{8, 9, 10} Esta vulnerabilidad se ve acentuada por la existencia de prejuicios y estereotipos en torno a la vejez, a los cuales las personas mayores responden consciente o inconscientemente, haciendo su vida más difícil, ya que quienes los rodean tienen la errónea percepción de que la vejez es una enfermedad, y la ven con intolerancia, como si la vejez fuera un estado de abandono personal, de desidia y de inactividad.¹¹ Aunado a esto, si el adulto mayor no se ha preparado física y psicológicamente para esta etapa de su vida, se ve sujeto a estos estereotipos culturales, producto de la sociedad a la que pertenecen, aceptándolo como algo ya predeterminado.¹²

III.2 Percepción de vejez

En este marco la vejez debe concebirse como un producto social, configurado por múltiples factores sociales y económicos que afectan la participación social del adulto mayor en su entorno; y en torno al cual se han generado representaciones sociales, creencias, percepciones, y expectativas, creadas por la misma sociedad. La representación social de la vejez según Moscovici se concibe como una forma particular de aprender la realidad y el entorno que rodea al individuo. La teoría de las representaciones sociales, constituye una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad¹³. Este enfoque presenta la gran ventaja de situarse en un punto, que conjuga por igual la toma en consideración de las dimensiones cognitivas, y de las dimensiones sociales en la construcción de la realidad¹⁴. El estudio de las representaciones sociales, se focaliza en la manera como los seres humanos tratan de aprehender y entender las cosas que los rodean, y resolver los rompecabezas comunes sobre su nacimiento, cuerpo, humillaciones, relaciones, y el poder al cual se someten. EL ser humano que asume este modelo no es un reproductor de las

informaciones que recibe y selecciona, sino un productor de informaciones y significados.

En este sentido es fundamental el estudio de la naturaleza de los prejuicios y estereotipos, y cómo éstos influyen en las actitudes, tema largamente tratado desde la perspectiva de la psicología social. Según los psicólogos sociales, el hombre es propenso a formar generalizaciones o categorías, las cuales son basadas en estereotipos, que se convierten en prejuicios siempre que no sean reversibles bajo la acción de conocimientos nuevos.¹⁵

A este respecto Rose en 1970 define que el prejuicio consiste en infligir a determinadas personas un tratamiento inmerecido, para designar un conjunto de actitudes que provocan, favorecen o justifican medidas de discriminación. Entre las causas que dan lugar a los prejuicios el autor señala el beneficio personal, la ignorancia acerca de otros grupos humanos, el racismo o el complejo de superioridad y el desconocimiento de los males que acarrearán.¹⁶

Martínez-Maldonado define los estereotipos como creencias populares, imágenes o ideas aceptadas por un grupo, de ordinario enunciado en palabras y cargada de emoción. Menciona que con los estereotipos las personas tienden a justificar pensamientos, sentimientos, comportamientos, status o posiciones propias o de otros, conductas agresivas o discriminatorias personales o de miembros del grupo al cual se pertenece.¹⁷ Gómez a partir de una revisión bibliográfica afirma que las etiquetas sociales y estereotipos son inherentes a la cultura y son asumidas por los miembros de la misma, incluidos los propios viejos, si la propia imagen y el comportamiento son un retrato de estereotipo negativo, el autoconcepto decae y la auto percepción tiende a ser negativa, y cita a Zola 1992, quien refiere que cada sujeto mayor va experimentando acontecimientos que le permiten definirse como viejo y empieza a aceptar la autodefinición negativa que, de alguna forma, afecta a su comportamiento.¹⁸

Continuando en este contexto Marín, Troyano y Vallejo sostienen que la percepción social que cada persona tiene de la vejez no es estática, varía según la etapa evolutiva de cada individuo, condicionando a la persona a emplear términos y actitudes propios

de su edad para describir a los adultos mayores.¹⁹ Fernández describe que “la vejez es una realidad socialmente construida, que las representaciones sociales son el consenso normativo que regula las expectativas, las actitudes y las conductas de los demás grupos hacia el grupo *viejos* como categoría social, y de los viejos hacia sí mismos como grupo y como individuos”.¹¹

R. Butler, científico norteamericano, describió en 1969, un conjunto de actitudes negativas que él veía en la sociedad con respecto a los viejos. Este fenómeno ha sido calificado por muchos como “viejismo”, término que significa rechazo, tendencia a la marginación, temor, desagrado, negación, agresión, actitudes ligadas entre sí, y que operan discriminando a la persona que envejece. Al igual que el racismo y el sexismo, el prejuicio por la edad está profundamente arraigado en las diferentes sociedades y aparece de muchas formas,²⁰ estas actitudes evidencian la necesidad de sensibilizar a los diferentes grupos sociales para aceptar el envejecimiento como tal, persiguiendo crear una sociedad que respete a la vejez, ya que el envejecimiento es una realidad que tendrán que enfrentar todas las personas si viven lo suficiente.²¹

Es importante señalar que la mayoría de las personas desconocen qué es el *viejismo*, algunas no han oído hablar nunca de él, otras están vagamente conscientes de ello.²²

Con esta conciencia de la existencia no percibida, ni medida del *viejismo* en la sociedad, Erdman Palmore investigador sobre envejecimiento, en el 2001 elaboró un instrumento a partir de una investigación con 84 personas mayores de 60 años de edad, con el objetivo de utilizarlo para conocer la prevalencia de la discriminación por edad en las distintas sociedades, los tipos más frecuentes y qué grupos en relación a la edad, género y educación informaban más rechazo por la edad. Encontrando que la discriminación por edad fue generalizada y frecuente entre los encuestados y, los tipos que predominaron fueron las personas que muestran una falta de respeto para las personas mayores, seguido de las personas que muestran supuestos acerca de las enfermedades o la debilidad causada por la edad.²³

A sí mismo, diferentes investigaciones coinciden en hallazgos que muestran una amplia gama de conceptos en donde la percepción alude a los adultos mayores como inflexibles, intransigentes, que son incapaces de adaptarse a situaciones nuevas,

cuando es el carácter del individuo el que determina la adaptación a los nuevos tiempos o a la modernidad. Se les cataloga de seniles, porque hay disminución en la capacidad de la atención, pérdida de la memoria, disminución de sus reflejos, pérdida de la agilidad corporal, disminución en la función de los órganos de los sentidos en general, cuando en realidad se trata de un estado de desgaste fisiológico normal, ocasionado por el desgaste por tantos años vividos.^{24, 25, 26}

Estas actitudes negativas que configuran una percepción desfavorable de la vejez llevan a marginar a los adultos mayores, restándoles la oportunidad de tener una vida digna, con las mismas ventajas que el resto de la población, en donde la vejez se contempla como un estado que afecta a una parte de la población mundial existiendo la percepción de configurarlos en una categoría independiente de la sociedad.²⁷

Por otro lado, se encontraron estudios que reportan una percepción más favorable en lo referente a la apreciación de factores tales como la experiencia, la tranquilidad y la vida realizada,²⁸ otros encuentran que las personas mayores ni envejecen a la misma velocidad ni son iguales física y mentalmente, lo que permite observar que las representaciones sociales existentes sobre la vejez son equivocadas al demostrar que envejecer no supone necesariamente ni mayoritariamente para todos disminución.²⁹

De ahí la importancia de conceptualizar el envejecimiento como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, 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.³⁰ Comprendiendo al envejecimiento humano como un proceso dinámico y complejo que debe estudiarse multidisciplinariamente, ubicando al ser humano en un contexto bio-psico-socio-cultural para tratar de comprender los modos de participación que el hombre tiene en la sociedad y su interacción con el medio ambiente.

En este sentido es de vital importancia instrumentar acciones que requieren de la participación activa del adulto mayor para obtener un conocimiento gerontológico

suficiente y bien fundamentado, que lo lleve a tener una percepción de la vejez menos prejuiciada, que le permita desarrollar sus potencialidades y habilidades para mantener y prolongar su salud, a través de la práctica de hábitos de vida saludables, que le ayuden a disminuir y controlar las enfermedades crónico degenerativas frecuentes en este grupo etario. Además, de permitirle la posibilidad de continuar con su desarrollo en este ciclo vital. Tal como lo enmarca el envejecimiento activo, tema central de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, llevada a cabo en Madrid España en el 2002, cuyo planteamiento se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación (educación), atención, realización personal y dignidad, declarados en 1992 ³¹, y orienta sus acciones sobre tres pilares básicos; 1) Salud, dirigido a *prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y la mortalidad prematura*; 2) Participación dirigido a *proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital*; y 3) Seguridad, *dirigido a asegurar la protección y dignidad de las personas ancianas*.^{32, 33}

Con la instrumentación de estas acciones se busca que las personas ancianas desarrollen su potencial de bienestar físico, mental y social a medida que van envejeciendo, de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Por lo que desde esta óptica del envejecimiento activo, conceptualizado como *el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen* ³⁰ y desde el eje estratégico de la participación, se pretende conseguir que la educación gerontológica esté disponible para todos durante este ciclo vital, fomentando conocimientos sobre salud mediante la educación sanitaria, con la finalidad de que las personas aprendan a cuidar de sí mismas a medida que envejecen y utilicen oportunamente los servicios de salud facilitándoles su utilización; además de transmitir la importancia de permanecer activos, y la necesidad de proporcionar imágenes realistas y positivas del envejecimiento.³⁴

Para la consecución de estos fines es fundamental el desarrollo de programas gerontológicos diferenciados e involucrar a los adultos mayores en la coordinación y desarrollo de éstos, con la finalidad de promover el autocuidado, la autoayuda y la autogestión, privilegiar la salud sobre la enfermedad, promover su desarrollo en la comunidad, fomentar el uso óptimo de redes de apoyo social, y mantener, prolongar y/o recuperar su funcionalidad física, mental y social ³⁵, por lo que es indispensable hacer énfasis en la importancia de la educación, ya que es un proceso que actúa sobre el hombre a lo largo de toda la vida en mayor o menor grado ³⁶ convirtiéndose en una necesidad para adaptarse a los cambios de la sociedad.

III.3 La educación y el adulto mayor

En este contexto Peterson describe que es necesario abordar una educación para el adulto mayor que promueva espacios de aprendizaje permanente donde puedan ser asimilados nuevos conocimientos y desarrolladas nuevas actividades intelectuales, de vida diaria y, en general habilidades sociales y de interrelación personal.³⁷

Uno de los modelos más conocidos y utilizados en la educación para la salud, es el de las creencias relativas a la salud, desarrollado en los años 50 principalmente por Hochbaum ³⁸, en el que se plantea que una persona inicia actividades para evitar enfermedades, defenderse de ellas o controlarlas cuando se percibe susceptible a ellas y cree que pueden producirle consecuencias serias, y además puede evitarlas.³⁹ Rosenstock y otros en 1988 introducen en este modelo el concepto de autoeficacia el cual promueve que la persona tenga confianza en sí misma para ser capaz de lograr con éxito una o más acciones relacionadas con la salud que le permitan modificar comportamientos habituales no saludables. ⁴⁰

Choque en su discurso de promoción y educación para la salud dice que ésta es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, si es eficaz puede producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida. ⁴¹

En este sentido, para lograr el éxito en una intervención educativa dirigida a adultos mayores, García y col. señalan que es relevante comentar que los educadores sociales recomiendan considerar cuatro principios básicos en torno al aprendizaje de los adultos mayores: a) que las personas mayores sólo aprenden lo que desean aprender, b) no aprenden salvo lo que pueden aprender, c) no aprenden más que lo que se enseñan a sí mismas, y d) sólo aprenden en función de lo que, previamente desean aprender.⁴² Estos principios han sido propuestos en función de tener en cuenta las características propias de la persona mayor, como son la experiencia, el nivel educativo, el nivel cultural, su estado de salud, su edad real, y la percepción que tienen del envejecimiento.

A este respecto Yuni y Urbano llevaron a cabo un estudio cualitativo en 1997 en Argentina, en donde se aplicó una encuesta a 309 personas mayores entre 50 y 83 años, en donde preguntaron el motivo por el cual el adulto mayor se afiliaba a actividades de educación no formal, encontraron respuestas como la de *mejorar la salud o la preparación para tener un buen envejecimiento, aprovechar el tiempo en cosas útiles para el cuidado de la vida, etc.* Estos investigadores sostienen que las actividades con estrategias metodológicas que involucren a los estudiantes desde sus intereses, y que propicien la participación en la vejez pueden ser positivas para el estado de ánimo del adulto mayor, especialmente cuando son significativas para el individuo.⁴³

En relación a los resultados de programas educativos para adultos mayores, existen evidencias teóricas que han explorado la respuesta del adulto mayor a la educación, como un estudio realizado por González y Rodríguez en la Habana, en donde se instrumentaron cursos de cinco meses de duración, con una frecuencia semanal, se impartieron conferencias sobre envejecimiento, temas, científicos, técnicos culturales, económico y sociales, los resultados encontrados fueron los siguientes, hubo predominio de los adultos mayores del sexo femenino, con prevalencia de edades avanzadas, siendo la mayoría de 70 años y más, incluyendo 34 personas las cuales representaron el (10,44 %) con 80 años y más, con lo cual se demuestra que aún en etapas tardías de la vida se pueden adquirir nuevos conocimientos.⁴⁴

En otro estudio realizado por Yuni, Urbano y Tarditi en Argentina, con 368 adultos mayores, cuyo objetivo fue conocer a través de la aplicación de una encuesta, la autopercepción que el adulto mayor tiene sobre los cambios que le produce la educación, se encontró que para la mayoría de ellos la educación ha sido una instancia y un recurso significativo para mejorar su inserción social, habilitándolos para mantenerse activos e integrados, destacando el papel del aprendizaje como un recurso clave frente al aislamiento y la segregación que viven a diario las personas mayores en sus contextos.⁴⁵

Con base en lo anterior, se señala la experiencia que se tiene en México en la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, con el desarrollo e implementación de un modelo de atención gerontológica bajo el paradigma del envejecimiento activo, en el Valle del Mezquital, Estado de México, cuyo objetivo es que a través de acciones microgrupales de autoayuda, se promueva y adecue el tipo de autocuidado que practican los adultos mayores. Instrumentando a partir de un diagnóstico epidemiológico, un curso-taller que aborda tópicos sobre cambios biológicos del envejecimiento, enfermedades más frecuentes y cómo prevenirlas, acciones para promoción de la salud, como ejercicio físico, alimentación y nutrición, higiene del sueño, higiene personal, cuidado en casa al adulto mayor sano y enfermo, entre otros. Entre algunos de sus resultados señalan una mejoría en el estado de ánimo del adulto mayor y la aceptación de la responsabilidad compartida para alcanzar mayor bienestar físico, mental y social.³⁹ Además de un impacto positivo en la funcionalidad física del adulto mayor, como la expresión de algunas mujeres participantes acerca de la importancia de la información recibida pues consideran que ha impactado sobre el cuidado de su salud, al prevenirlas sobre los cambios biológicos que se esperan por el proceso normal del envejecimiento.³⁵

En este marco Sánchez y Pedrero describen que es fundamental enfatizar que la educación debe ser concebida como participación, y enfocarse como una intervención que potencie los procesos de autonomía del adulto mayor, que potencie los procesos de desarrollo personal mediante la búsqueda de estímulos dentro de cada persona y el

entorno que la rodea, para que puedan decidir sobre sus vidas el mayor tiempo posible y sus años estén llenos de vida.⁴⁶

Con base en lo anterior el perfil profesional de enfermería la capacita para desempeñar actividades de educación para la salud en los tres niveles de atención, y es en el primer nivel de atención en donde debe intensificar su labor de promoción, convirtiéndose en el profesional medular que puede influir directamente en la población, a través de la implementación de programas educativos que favorezcan un cambio sobre la imagen prejuiciada y estereotipada de la vejez, la cual debido a ideas equivocadas entre la población y a veces entre los mismos profesionales en salud, influye de manera determinante en la percepción que se tiene hacia de ésta, con repercusiones importantes que se ven reflejadas en un trato y atención inadecuados para los adultos mayores. Por lo tanto es la educación en enfermería gerontológica en la atención primaria a la salud una excelente estrategia para instrumentar medidas educativas con el objetivo fundamental de incidir en la prevención y/o enlentecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, además de tratar de influir en la reorientación de las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad, evitando el confinamiento temprano.⁴⁷

Con este enfoque y como parte del grupo multidisciplinario, la enfermera comunitaria participa activamente en la educación a grupos de adultos mayores, como la intervención educativa llevada a cabo por Correa y cols., en España, en la cual realizaron una medición pre y post de los conocimientos sobre hábitos saludables que tenían mujeres entre 60 y 84 años, impartiendo temas como cambios propios de la vejez, diabetes, alimentación, etc., encontrando que una educación sanitaria adaptada a las expectativas y particularidades del grupo proporciona un aumento en la percepción de los conocimientos adquiridos y adhesión verbal al cambio en “hábitos saludables”.⁴⁸

En México como en muchos otros países, existen pocos estudios que abordan la fuerte influencia que tienen los mitos, creencias, prejuicios y estereotipos, en las condiciones de vida de los adultos mayores, y el proporcionar un conocimiento

fundamentado en aspectos gerontológicos al adulto mayor puede revertirlos, por lo que es necesario establecer como premisa programas que aborden los conocimientos básicos gerontológicos, con el objetivo de crear una visión menos prejuiciada y estereotipada sobre la vejez que impacte en su salud, mediante la adopción de estilos de vida saludables desde etapas tempranas de la vida.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La percepción social sobre la vejez influenciada fuertemente por prejuicios y estereotipos positivos, negativos y sociales, transmitidos intergeneracionalmente, y la falta de un conocimiento gerontológico fundamentado, han generado en el adulto mayor una percepción prejuiciada y estereotipada sobre la vejez, que influye con frecuencia en la observación de hábitos y estilos de vida no saludables que pueden favorecer la aparición y el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, condicionando con ello el riesgo de la pérdida temprana de su funcionalidad e independencia, y en algunos casos, favoreciendo su institucionalización.

En este sentido, en el marco del envejecimiento activo y con base en las estrategias que éste plantea, es fundamental propiciar la participación activa del adulto mayor, para el desarrollo de su autocuidado, ayuda mutua y autogestión, a través de una intervención de enfermería educativa basada en un conocimiento gerontológico fundamentado con el fin de que el adulto mayor tenga una percepción de la vejez menos prejuiciada y estereotipada.

En México son escasas las investigaciones de enfermería al respecto, de ahí la relevancia del presente estudio para lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo influye una intervención educativa de conocimientos básicos gerontológicos sobre la percepción de vejez en el adulto mayor?

V. HIPÓTESIS

Tomando en cuenta lo reportado en la literatura en donde se demuestra la eficacia de la educación como instrumento para lograr la participación activa del adulto mayor, podemos suponer que el proporcionar una intervención educativa de conocimientos básicos gerontológicos logrará que el adulto mayor tenga una percepción menos prejuiciada y estereotipada sobre la vejez.

VI. OBJETIVO

Evaluar la influencia de una intervención educativa sustentada en conocimientos básicos gerontológicos sobre los cambios en la percepción respecto a la vejez en un grupo de adultos mayores.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio prolectivo, longitudinal y comparativo.

VII.2 Población

La población de estudio fueron 11,864 adultos mayores de 60 años y más, que representaban el 15.9% del total de la población atendida en la UMF No.7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Cuautla Morelos en el 2006, considerado como el segundo grupo etario con mayor vulnerabilidad que por sus características impactó en la morbi-mortalidad y consumió parte importante del presupuesto en los servicios para la atención a la salud de esa unidad hospitalaria en ese año. De esta población se tomó una muestra de 80 adultos mayores que estuvieran alfabetizados, que no presentaron deterioro cognitivo, y que fueron funcionales e independientes para la realización de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, conformándose dos grupos; un grupo con 40 adultos mayores llamado grupo experimental el cual fue sometido a una intervención educativa; y un grupo control con 40 adultos mayores el cual no participó en la intervención educativa.

Cabe mencionar que las autoridades de enfermería de la unidad hospitalaria visualizaron como una fortaleza el permitir que se llevará a cabo este estudio para la apertura de un consultorio de enfermería gerontológica que ya tenían planeado, cuya finalidad sería proporcionar atención integral de enfermería, llevar un control programado del estado de salud del adulto mayor a través de la educación, para limitar el uso innecesario de la consulta externa de medicina familiar, urgencias y hospitalización; además de evitar la triangulación en la atención médica, agilizar la colaboración multidisciplinaria para la atención especializada, y finalmente, lograr a un bajo costo, que estas acciones contribuyeran a disminuir de forma considerable el gasto en salud que representaba y representa para el Instituto Mexicano del Seguro Social la atención de esta creciente población de adultos mayores.

VII.2.1 Selección de la muestra

El muestreo fue a conveniencia; en un primer momento se realizó un barrido en la consulta externa de medicina Familiar, laboratorio y terapia física, en el turno matutino y vespertino, informando a los adultos mayores de la apertura del consultorio de enfermería gerontológica, y se aplicaron los instrumentos elegidos para el estudio en su fase de prueba piloto.

Posteriormente se formaron dos grupos con 40 integrantes cada uno; uno experimental, en el que se incluyeron previo consentimiento informado, a aquellos que voluntariamente deseaban participar en la intervención educativa; y un grupo control que no participó en la intervención educativa, con los cuales sólo se tuvo contacto en la fase de reclutamiento para la selección de la muestra, en la medición inicial y en la medición final, invitándolos a acudir al consultorio de enfermería gerontológica para asesoría cada vez que lo requirieran o necesitaran. Para cumplir con los criterios de inclusión establecidos para este estudio se realizó a los integrantes de ambos grupos la valoración del estado cognitivo, funcionalidad e independencia para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, además de verificar que supieran leer y escribir. Todos los participantes fueron registrados con sus datos personales, para poder localizarlos cuantas veces fuera necesario hasta finalizar el estudio.

VII.3 Variables

- Independiente: Intervención educativa sobre conocimientos básicos gerontológicos
- Dependiente: Percepción de la vejez

VII.3.1 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Nivel de medición	Categorías
Conocimientos básicos gerontológicos	Información básica sobre aspectos biológicos,	Cualitativa ordinal	Poco conocimiento Regular conocimiento

-
- Adiestramiento en la consulta de enfermería del MADI (Módulo de enfermería creado en esta unidad para el seguimiento y control a pacientes con síndrome metabólico e hipertensión arterial).
 - Capacitación por parte del responsable de esta investigación sobre conocimientos básicos de gerontología y técnica para la aplicación de los instrumentos utilizados.

2ª Etapa

Aplicación de instrumentos por parte del investigador responsable y las profesoras adjuntas.

VII.4.1 Instrumentos de recolección

VII.4.1 Mini Examen Mental de Folstein.

- Prueba de tamizaje que explora el estado cognitivo del adulto mayor, es un instrumento validado para población mexicana que tiene el objetivo de evaluar el estado mental de la persona, cuya aplicación requiere de 5 a 10 minutos, consta de 11 ítems sobre orientación temporoespacial, memoria inmediata y diferida, atención, cálculo, lenguaje y capacidad visuoconstructiva con los siguientes puntos de corte: 24 a 30 puntos = normal; igual o menor de 23 puntos = a deterioro cognitivo leve; igual o menor de 17 puntos = deterioro cognitivo severo.⁴⁹ Ver anexos

VII.4.2 Escala de valoración geriátrica de Barthel.

- Valora la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como; baño, vestido, aseo personal, ir al sanitario, deambulación, traslado sillón-cama, subir escaleras, micción, deposición y alimentación. En total evalúa 10 capacidades físicas que dan un puntaje máximo de 100 puntos.⁴⁹ Ver anexos.

VII.4.3 Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody.

- Esta escala valora la capacidad para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria como: Utilizar el teléfono, realizar compras, utilizar un transporte por sí sólo, preparar alimentos, realizar labores del hogar, tomar medicamentos y manejar dinero. Con esta valoración se califica la dependencia, necesidad de ayuda o independencia para realizar cualquiera de estas actividades, indicando el deterioro o riesgo de deterioro en la capacidad funcional de la persona. ⁴⁹ Ver anexos

VII.4.4 Cuestionario de Palmore modificado.

- Se aplicó el instrumento elaborado por el Dr. Palmore,²³ el cual ha sido modificado y validado por consenso de expertos, actualmente es utilizado por la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México, consta de 50 ítems, de los cuales 24 ítems evalúan conocimientos básicos gerontológicos sobre aspectos demográficos, biológicos, psicológicos y sociales relativos a la vejez y el envejecimiento, 10 ítems evalúan prejuicios positivos y 16 ítems evalúan prejuicios negativos. Con una escala de medición dicotómica para variables cualitativas, con respuestas de falso y verdadero en los datos crudos, y en la recodificación de datos falso fue igual a incorrecto = 0 y verdadero fue igual a correcto = 1, estos se agruparon en tres categorías; poco conocimiento (menos de 14 aciertos que corresponden a menos del 58% de respuestas correctas), regular conocimiento (de 15 a 20 aciertos que corresponden entre el 60 y 80% de respuestas correctas) y suficiente conocimiento (más de 21 aciertos que corresponden a más del 80% de respuestas correctas).
- Los ítems que avaluaron los prejuicios positivos con respuestas de falso y verdadero en los datos crudos, se recodificaron de la siguiente manera, falso igual a sin prejuicio = 0, y verdadero igual a con prejuicio = 1, y fueron agrupados en tres categorías; poco predominio (de 1 a 5 prejuicios), regular predominio (6 a 10 prejuicios) y gran predominio (11 a 16 prejuicios presentes). Por último los ítems que evaluaron los prejuicios negativos también con respuestas de falso y verdadero

en los datos crudos, fueron recodificados de la siguiente forma, falso igual a sin prejuicio = 0 y verdadero igual a con prejuicio = 1 y, fueron agrupados en tres categorías; poco predominio (1 a 3 prejuicios), regular predominio (4 a 6 prejuicios) y gran predominio (7 a 10 prejuicios).

VII.4.5 Cuestionario de estereotipos de Gómez.

- Previa validación por consenso de expertos se aplicó un cuestionario relativo a estereotipos, elaborado a partir de la Tesis Doctoral de Gómez C ⁵⁰ en donde se recabaron las definiciones que los adultos mayores dieron como características propias de su grupo. Para determinar el grado de percepción positiva o negativa se utilizó una escala tipo Likert que va de 1 a 5, correspondiendo el 1 a totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 regular, 4 de acuerdo y 5 para totalmente de acuerdo. Para su clasificación estas definiciones se denominaron estereotipos y se dividieron en cuatro factores:

- Primer factor de estereotipos negativos, hace referencia a la percepción negativa, con particular reflejo a la inadaptación física en el desenvolvimiento e inadaptación social: achacosos, pesimistas, Machacón/insistentes, lentos, chochos, pesados, malhumorados, irritables, susceptibles, preocupados, rabos verdes, cansados y necios. En conjunto reflejan el sentimiento de inutilidad con el que las personas ven a los ancianos.

- Segundo factor de estereotipos positivos: generosos, bondadosos, cariñosos, confiados, comprensivos, pacientes, sinceros, sencillos, y sabios. Este grupo de factores hace referencia a valores sociales positivos, orientados hacia la relación con otros individuos.

- Tercer factor de “estereotipos pueriles”: caprichosos, infantiles, chismosos, maniáticos, parlanchines. En el cual predominan los aspectos regresivos hacia la niñez que de alguna forma vienen asociados a la pérdida de responsabilidad en las actuaciones.

-
- Cuarto factor de estereotipos sociales: útiles, sociables, flexibles, divertidos, solitarios, y respetables. Se ha utilizado el término social por ser esta agrupación la que situará al sujeto en un plano de eficacia importante en el comportamiento con el entorno y por la agrupación y la valoración de utilidad y sociabilidad.

Este instrumento ha sido validado en población mexicana y utilizado por la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ver anexos

VII.4.6 Intervención educativa

- A través de un curso teórico-práctico, con una duración de 40 horas, en un período de tiempo de 20 semanas, con sesiones de 2 horas, 1 vez a la semana, se implementó una intervención educativa al grupo experimental, la cual se basó en tópicos abordados en el Modelo de Núcleos Gerontológicos de la Unidad de Investigación Gerontológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, quienes basan la educación para el adulto mayor en las estrategias angulares propuestas en el marco del envejecimiento activo, cuyo objetivo fundamental es fomentar y desarrollar el autocuidado, la autoayuda y la autogestión en el adulto mayor, elementos esenciales para mantener, prolongar y/o recuperar su funcionalidad física, mental y social, y ser autónomo e independiente. Los contenidos teóricos del curso fueron tomados del libro de Gerontología comunitaria de la FES Zaragoza.⁵¹ Ver anexos

En la intervención educativa se propició la participación activa del adulto mayor en todo momento, con lecturas y tareas en casa, lecturas comentadas en grupo, y exposición de temas.

VII.4.7 Consideraciones bioéticas

VII.4.7.1 Consentimiento informado

- Se obtuvo el consentimiento informado por escrito, con la firma de los participantes y el responsable del estudio, cumpliendo con esto, lo dispuesto en la Ley General de Salud ⁵² y los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la declaración de Helsinki. ⁵³ Ver anexos

VII.5 Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Las medidas descriptivas de los datos cuantitativos se obtuvieron a través de (media, desviación estándar y promedios). A través de estadística no paramétrica para variables nominales se utilizó la prueba de ji cuadrada (χ^2) para la comparación de proporciones, y t pareada para la comparación de promedios ambas con 95% como nivel de confianza.

VIII. Resultados

Se estudiaron a 80 adultos mayores que acuden regularmente a la consulta externa de medicina familiar para el control de sus problemas de salud. Se formaron dos grupos con 40 integrantes cada uno: un grupo experimental al cual se le realizó una medición inicial, una intervención y una medición final y un grupo control al cual sólo se le realizaron dos mediciones, una inicial y una final.

La edad promedio para el grupo experimental fue de 67 ± 5.7 , y para el grupo control fue de 69 ± 6 , en cuanto al género el 87.5% fueron mujeres para ambos grupos, en escolaridad predominó la educación básica con un 75% para el grupo experimental y un 82.5% para el grupo control, en cuanto al estado civil el mayor porcentaje eran casados con un 72.5% para el grupo experimental y un 52.5% para el grupo control, la ocupación principal fue de amas de casa con un 65% para el grupo experimental y un 72.5% para el grupo control (Cuadro 1).

Como pruebas de tamizaje se evaluó el estado cognitivo de los adultos mayores con el examen Minimental de Folstein, el cual explora dimensiones como la orientación temporoespacial, memoria inmediata y diferida, atención, cálculo, lenguaje y la capacidad visuoconstructiva de la persona, obteniéndose un promedio de 27 ± 2 en el grupo experimental, y un promedio de 28.5 ± 1.6 en el grupo control, las dimensiones en las cuales se encontraron bajos puntajes fueron las referentes al cálculo y la capacidad visuoconstructiva en ambos grupos, sin embargo, no se detectaron problemas cognitivos importantes, ambos grupos estuvieron dentro de la clasificación de 24 -30 puntos en donde se considera que no existe deterioro cognitivo.

La funcionalidad física e independencia de los adultos mayores fue valorada con la escala de Barthel la cual evalúa la independencia y/o autonomía del adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria, ésta se califica con un puntaje máximo de 100 y mínimo de 0 puntos, a mayor puntaje mejor autonomía o independencia, en esta escala se encontró tanto al grupo experimental como al grupo control en el puntaje máximo de 100, mostrando la independencia de la población en estudio para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto a la escala de Lawton y Brody que evalúa la funcionalidad de la persona para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, como utilizar el teléfono, transporte, realizar compras, preparación de alimentos, quehaceres del hogar, medicarse correctamente y el manejo del dinero, se encontró en el grupo experimental y en el grupo control un promedio de 20 ± 0.9 (la máxima puntuación de esta escala es de 21 puntos); en el grupo experimental las actividades en donde se detectó que los adultos requerían ayuda fueron la necesidad de compañía para realizar las compras, y para realizar actividades pesadas tales como: los quehaceres del hogar y, lavar y tender la ropa; y en el grupo control además de todo lo anterior, se observó la necesidad de asistencia para transportarse fuera del hogar. Sin embargo, la media obtenida muestra que la mayoría de la población estudiada es independiente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Referente al estado de salud las enfermedades que predominaron en ambos grupos fueron la hipertensión arterial sistémica con un 40% para el grupo experimental, y un 42,5% para el grupo control, la diabetes mellitus tipo II con un 17.5% para los participantes del grupo experimental, y un 25% para el grupo control, y la presencia de diabetes mellitus más la hipertensión arterial sistémica con un 15% para el grupo experimental y un 12.5% para el grupo control. La exploración del estado de salud por autoreporte mostró que el 62.5% del grupo experimental refirió que éste era bueno, así como 72.5% del grupo control manifestó lo mismo (Cuadro 2).

Conocimientos básicos gerontológicos

Al realizar el análisis de χ^2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), en la comparación de frecuencias antes y después de la intervención educativa, el grupo experimental reportó en la categoría de poco conocimiento gerontológico (95% vs 3%), en regular conocimiento gerontológico (5% vs 63%), y en suficiente conocimiento gerontológico (0% vs 35%); en el grupo control no hubo significancia estadística ($p > 0.05$), registrándose los siguientes resultados, en la categoría de poco conocimiento gerontológico (90% vs 90%), en regular conocimiento gerontológico (10% vs 5%) y en la categoría de suficiente conocimiento gerontológico (0% vs 5%) (Cuadro 3, Gráfica 3.1).

En la comparación de promedios de los conocimientos básicos gerontológicos antes y después de la intervención educativa en el grupo experimental se encontró un incremento estadísticamente significativo ($p < 0.05$) con resultados de $(12.15 \pm 0.43$ vs 20.15 ± 0.32); en el grupo control no se registraron cambios significativos (11.25 ± 0.35 vs 11.20 ± 0.39) (Cuadro 4, Gráfica 4.1).

Prejuicios negativos

En relación a los prejuicios negativos la comparación de frecuencias antes y después de la intervención educativa en el grupo experimental reportó cambios estadísticamente significativos ($p < 0.05$) en las siguientes categorías; gran predominio de prejuicios negativos (48% vs 5%), regular predominio (50% vs 73%) y poco predominio (3% vs 23%); el grupo control no registró cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$), categoría de gran predominio (58% vs 55%), regular predominio (40% vs 40%) y poco predominio (3% vs 5%) (Cuadro 3, Gráfica 3.2.).

La comparación de promedios de los prejuicios negativos antes y después de la intervención educativa difirió entre grupos; para el grupo experimental los resultados fueron estadísticamente significativos (10.03 ± 0.37 vs 5.55 ± 0.33) con una $p < 0.05$; en el grupo control no se encontraron resultados estadísticamente significativos (10.35 ± 0.32 vs 9.85 ± 0.33) con una $p > 0.05$ (Cuadro 4, Gráfica 4.2).

Prejuicios positivos

En relación a los prejuicios positivos la comparación de frecuencias antes y después de la intervención educativa en el grupo experimental reportó cambios estadísticamente significativos ($p < 0.05$) en las siguientes categorías; gran predominio de prejuicios positivos (3% vs 5%), regular predominio (58% vs 10%) y poco predominio (40% vs 85%); en el grupo control no se encontraron cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) con los siguientes resultados; en la categoría de gran predominio (5% vs 5%), regular predominio (55% vs 65%) y poco predominio (40% vs 30%) (Cuadro 3, Gráfica 3.3).

La comparación de promedios de los prejuicios positivos antes y después de la intervención educativa difirió entre grupos, para el grupo experimental los resultados fueron estadísticamente significativos (6.73 ± 0.21 vs 8.03 ± 0.15) con una $p < 0.05$; los resultados del grupo control no mostraron significancia estadística (6.73 ± 0.18 vs 7.33 ± 0.22) (Cuadro 4, Gráfica 4.3).

Estereotipos negativos

La comparación de frecuencias de los estereotipos negativos antes y después de la intervención educativa mostró cambios en el grupo experimental aunque estos no fueron estadísticamente significativos ($p > 0.05$); las definiciones de mayor predominio fueron las de cansados con un (85% vs 55%), lentos con un (75% vs 45%) y achacosos con un (72.5% vs 50%); en el grupo control no se observaron cambios (Cuadro 5, Gráfica 5.1).

La comparación de promedios de los estereotipos negativos antes y después de la intervención educativa en el grupo experimental no mostró cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) (9.28 vs 8.25) y para el grupo control sin intervención fue de (9.53 vs 9.23) (Cuadro 6, Gráfica 6.1).

Estereotipos positivos

La comparación de frecuencias de los estereotipos positivos tampoco mostró cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) en ambos grupos; las definiciones de mayor predominio para el grupo experimental fueron las de confiados (67.5% vs 72.5%), comprensivos (95% vs 97.5%), pacientes (92.5% vs 95%) y sinceros (87.5% vs 92.5%), para el grupo control fueron las de confiados 97.5%, sinceros 100%, comprensivos 92.5% y pacientes 90%, porcentajes que se mantiene igual a los de la medición inicial (Cuadro 5, Gráfica 5.2).

La comparación de promedios de los estereotipos positivos no mostró cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) en ambos grupos; para el grupo experimental fue de (7.33 vs 7.38), y para el grupo control fue de (7.38 vs 7.35) (Cuadro 6, Gráfica 6.2).

Estereotipos pueriles

La comparación de frecuencias de los estereotipos pueriles no mostró cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) en ambos grupos; en el grupo experimental las definiciones que predominaron fueron las de caprichosos con un (62.5 % vs 52.5%), maniáticos (47.5% vs 40%) y parlanchines (72.5% vs 90%); y en el grupo control las definiciones de parlanchines con un (70% vs 70%), infantiles (57.5% vs 57.5%) y caprichosos con un (52.5% vs 57.5) (Cuadro 5, Gráfica 5.3).

La comparación de promedios de los estereotipos pueriles antes y después de la intervención educativa no mostró cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) en ambos grupos; para el grupo experimental fue de (3.45 vs 3.48), y para el grupo control fue de (3.23 vs 3.33) (Cuadro 6, Gráfica 6.3).

Estereotipos sociales

La comparación de frecuencias de los estereotipos sociales no mostró cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) en ambos grupos; en el grupo experimental las definiciones que predominaron fueron las de flexibles con un (87.5% vs 97.5%), y solitarios (67.5% vs 63%); y en el grupo control fueron las definiciones de flexibles con un (87.5% vs 85%) y solitarios con un (55% vs 57.5%) (Cuadro 5, Gráfica 5.4).

En la comparación de promedios de los estereotipos sociales antes y después de la intervención educativa no se encuentran cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) en ambos grupos; para el grupo experimental fue de (5.38 vs 5.50) y para el grupo control fue de (5.07 vs 5.05) (Cuadro 6, Gráfica 6.4).

Cuadros VIII.1

Cuadro 1. Caracterización de la población de estudio.

	Con intervención n = 40 FR (%)	Sin intervención n= 40 FR (%)
Edad	67 ± 5.7*	69 ± 6*
Genero		
Femenino	35 (87.5)	35 (87.5)
Masculino	5 (12.5)	5 (12.5)
Escolaridad		
Primaria	30 (75.0)	33 (82.5)
Secundaria	4 (10.0)	3 (7.5)
Carrera Técnica	6 (15.0)	3 (7.5)
Licenciatura	0 (0.0)	1 (2.5)
Ocupación		
ama de casa	26 (65.0)	29 (72.5)
Empleado	4 (10.0)	5 (12.5)
Jubilado	10 (25.0)	6 (15.0)
Edo. Civil		
Soltero	1 (2.5)	2 (5.0)
Casado	29 (72.5)	21 (52.5)
Viudo	9 (22.5)	14 (35.0)
Separado	1 (2.5)	3 (7.5)

*Promedio ± desviación estándar

Cuadro 2. Condición de salud, funcionalidad e independencia de la población de estudio

	Con intervención n = 40 FR (%)	Sin intervención n= 40 FR (%)
Minimental de Folstein Sin deterioro cognitivo	27 ± 2*	28.5 ± 1.6*
Escala de Barthel Independencia total	40 (100.0)	40 (100.0)
Escala Lawton y Brody Independientes	20± 0.9*	20 ± 0.9*
19 puntos	47%	47.5
20 puntos	12.5%	7.5%
21 puntos	40%	45.5%
Enfermedades		
HAS*	16 (40.0)	17 (42.5)
DM II*	7 (17.5)	10 (25.0)
DM/HAS*	6 (15.0)	5 (12.5)
HAS/DM/IRC*	1 (2.5)	2 (5.0)
Osteoarticulares	6 (15.0)	3 (7.5)
Cáncer	1 (2.5)	1 (2.5)
Otras	3 (7.5)	2 (5.0)
Estado de salud		
Bueno	26(62.5)	23 (72.5)
Regular	11 (37.5)	15 (27.5)
Malo	3 (7.5)	2 (5.0)

* Promedio ± desviación estándar

Sin deterioro cognitivo = 24 – 30 puntos.

Independencia total = 100 puntos

Independientes para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria = 21 puntos.

*HAS = Hipertensión arterial sistémica.

*DM II = diabetes mellitus tipo II.

*IRC = insuficiencia renal crónica.

Cuadro 3. Frecuencia por categorías de los conocimientos básicos gerontológicos, prejuicios negativos y positivos en la población participante

Variable	Medición inicial Grupo experimental n= 40 (%)		Medición final Grupo control n=40 (%)		p*
	Antes	Después	Antes	Después	
Conocimientos gerontológicos					
Poco	95	3	90	90	0.0001
Regular	5	63	10	5	0.0001
Suficiente	0	35	0	5	0.0001
Prejuicios negativos					
Poco predominio	3	23	3	5	0.0001
Regular predominio	50	73	40	40	0.0001
Gran predominio	48	5	58	55	0.0001
Prejuicios positivos					
Poco predominio	40	85	40	30	0.0001
Regular predominio	58	10	55	65	0.0001
Gran predominio	3	5	5	5	0.0001

* Para la comparación entre grupos se utilizó la χ^2 con una $p < 0.05$

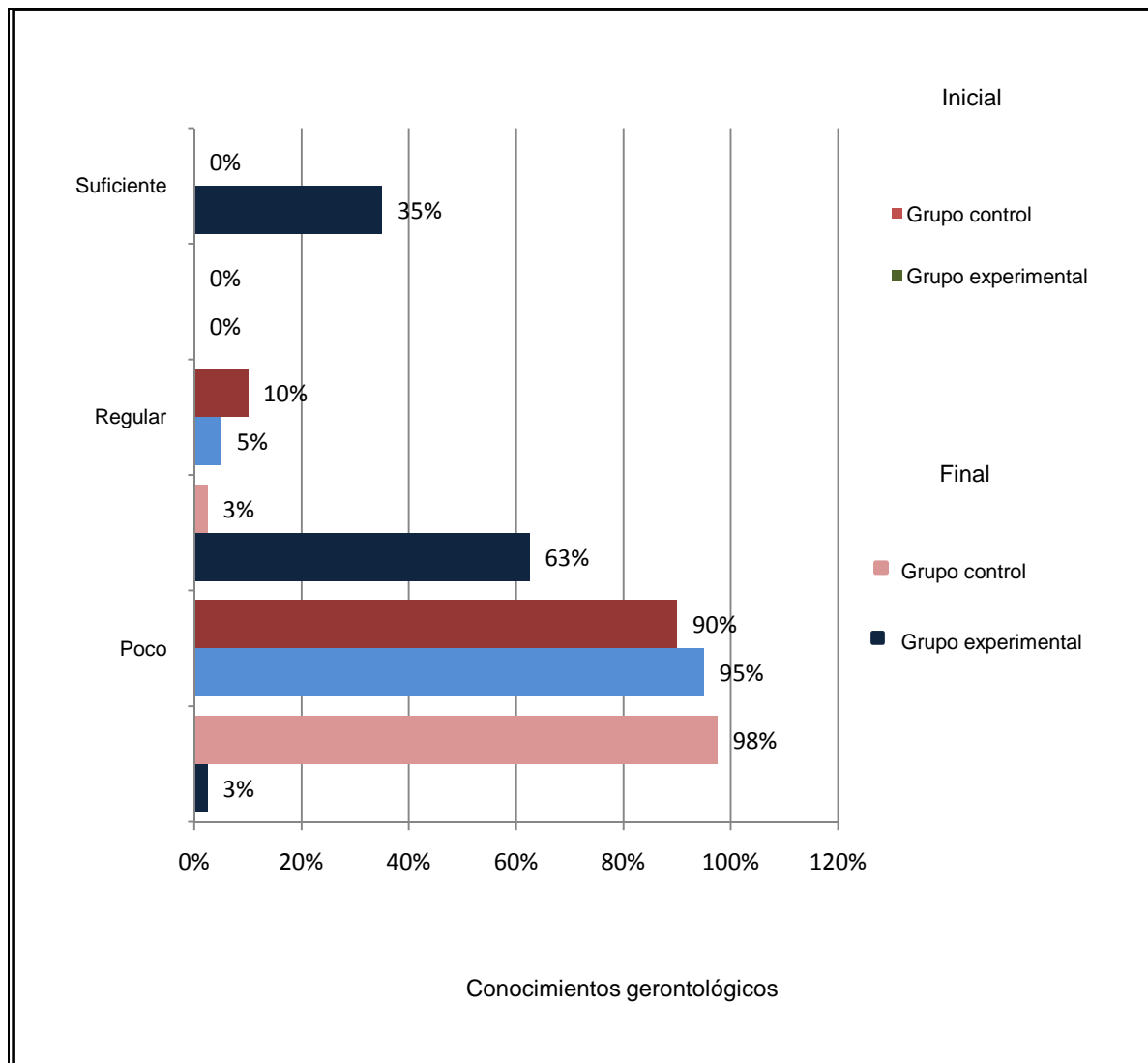
Cuadro 4. Comparación del promedio \pm EE de los conocimientos básicos gerontológicos, y prejuicios negativos y positivos en la población de estudio.

Variable	Grupo	Antes (DE)	Después (DE)	Cambio (DE)	p*
Conocimientos básicos gerontológicos	Experimental	12.15 \pm 0.43	20.15 \pm 0.32	- 8.00 \pm 3.82	0.0001*
	Control	11.25 \pm 0.35	11.20 \pm 0.39	0.05 \pm 2.53	0.901
Prejuicios negativos	Experimental	10.03 \pm 0.37	5.55 \pm 0.33	4.47 \pm 2.58	0.0001*
	Control	10.35 \pm 0.32	9.85 \pm 0.33	0.50 \pm 1.68	0.067
Prejuicios positivos	Experimental	6.73 \pm 0.21	8.03 \pm 0.15	- 1.30 \pm 1.34	0.0001*
	Control	6.73 \pm 0.18	7.33 \pm 0.22	- 0.60 \pm 1.08	0.071

Los valores corresponden a media \pm error estándar.

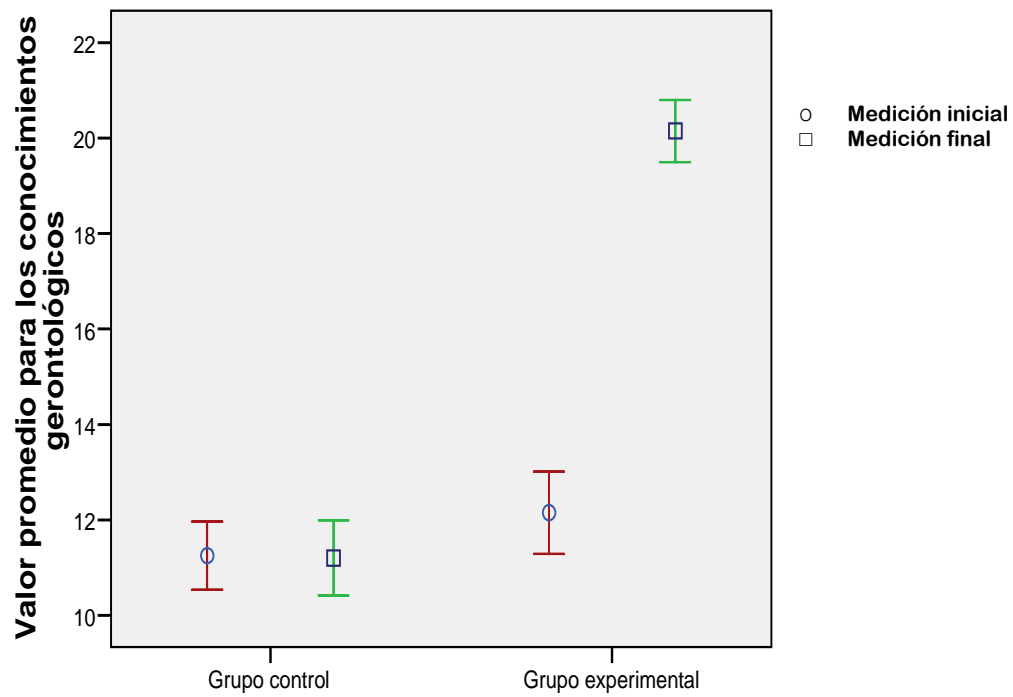
Prueba t pareada, * p< 0.05.

Gráfica 3.1. Gráfica de barras comparativas en porcentajes por categorías del grado de conocimientos básicos gerontológicos en la población de estudio medición inicial y final.



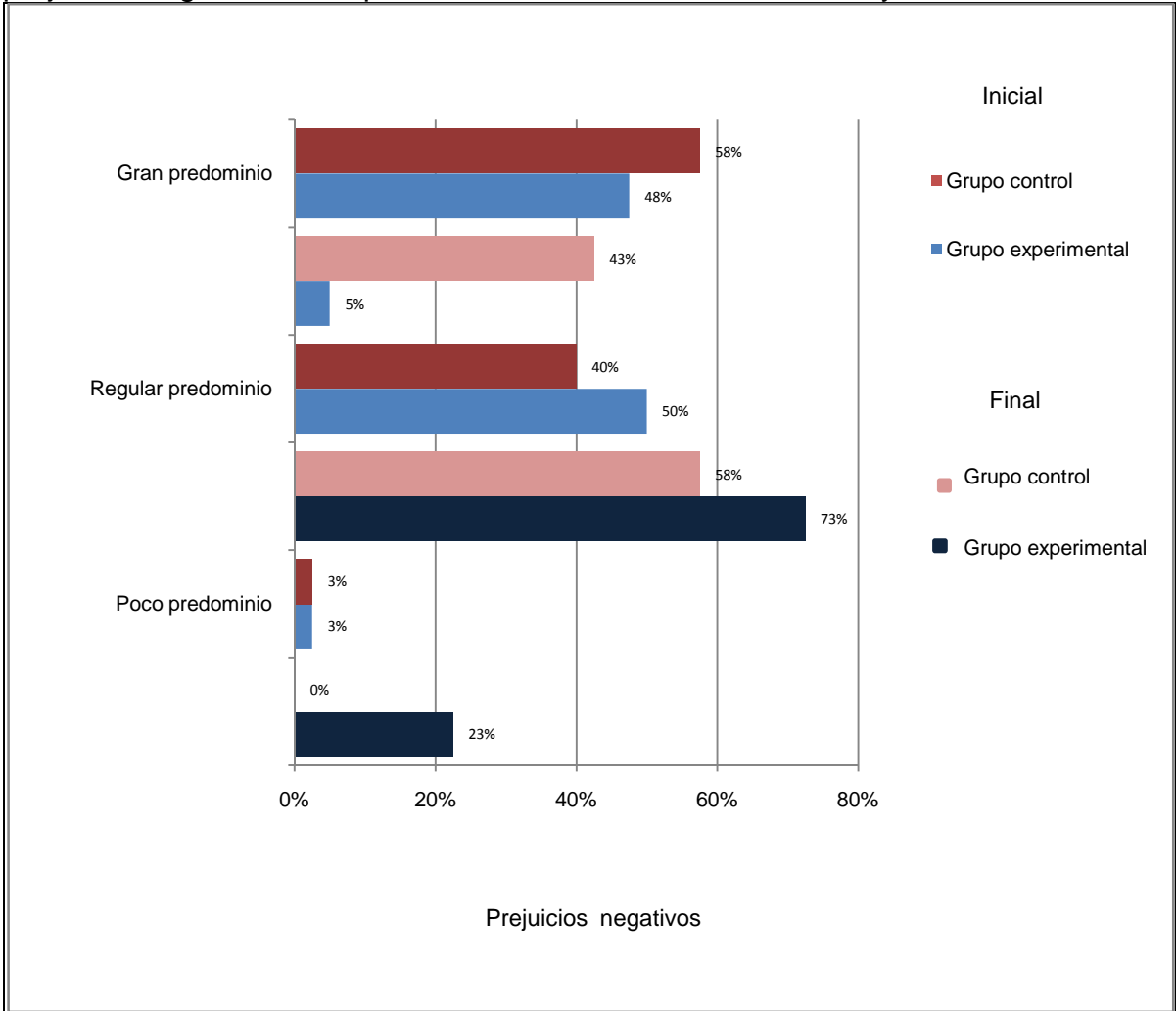
* χ^2 con una $p < 0.05$

Gráfica 4.1. Promedio \pm error estándar de los conocimientos básicos gerontológicos en la población de estudio medición inicial y final.



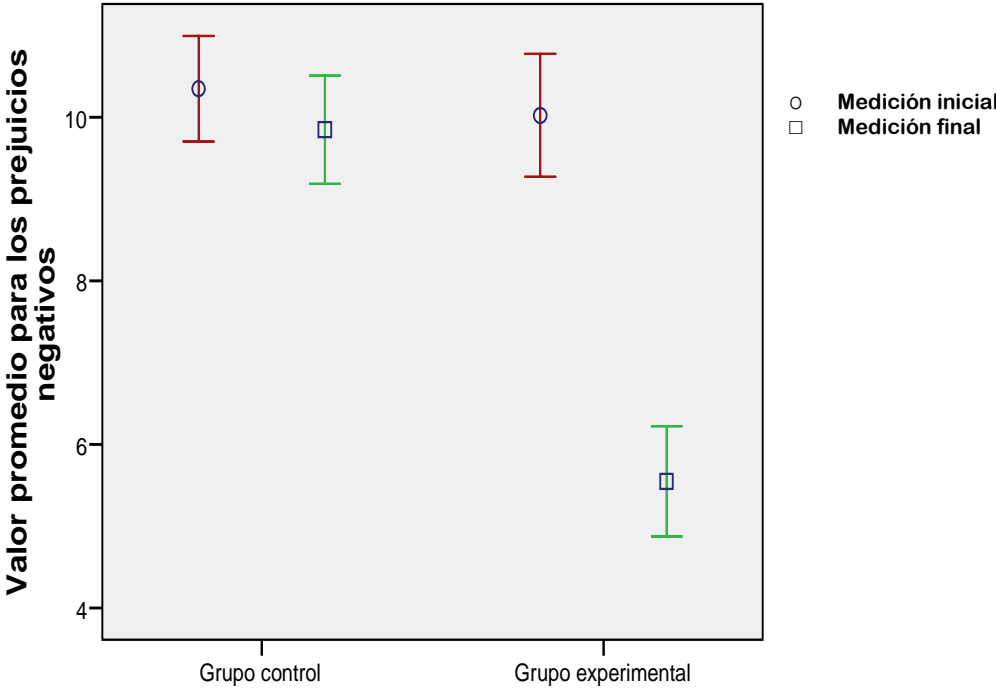
* t pareada, $p < 0.05$.

Gráfica 3.2. Gráfica de barras comparativas en porcentajes del predominio de prejuicios negativos en la población de estudio medición inicial y final.



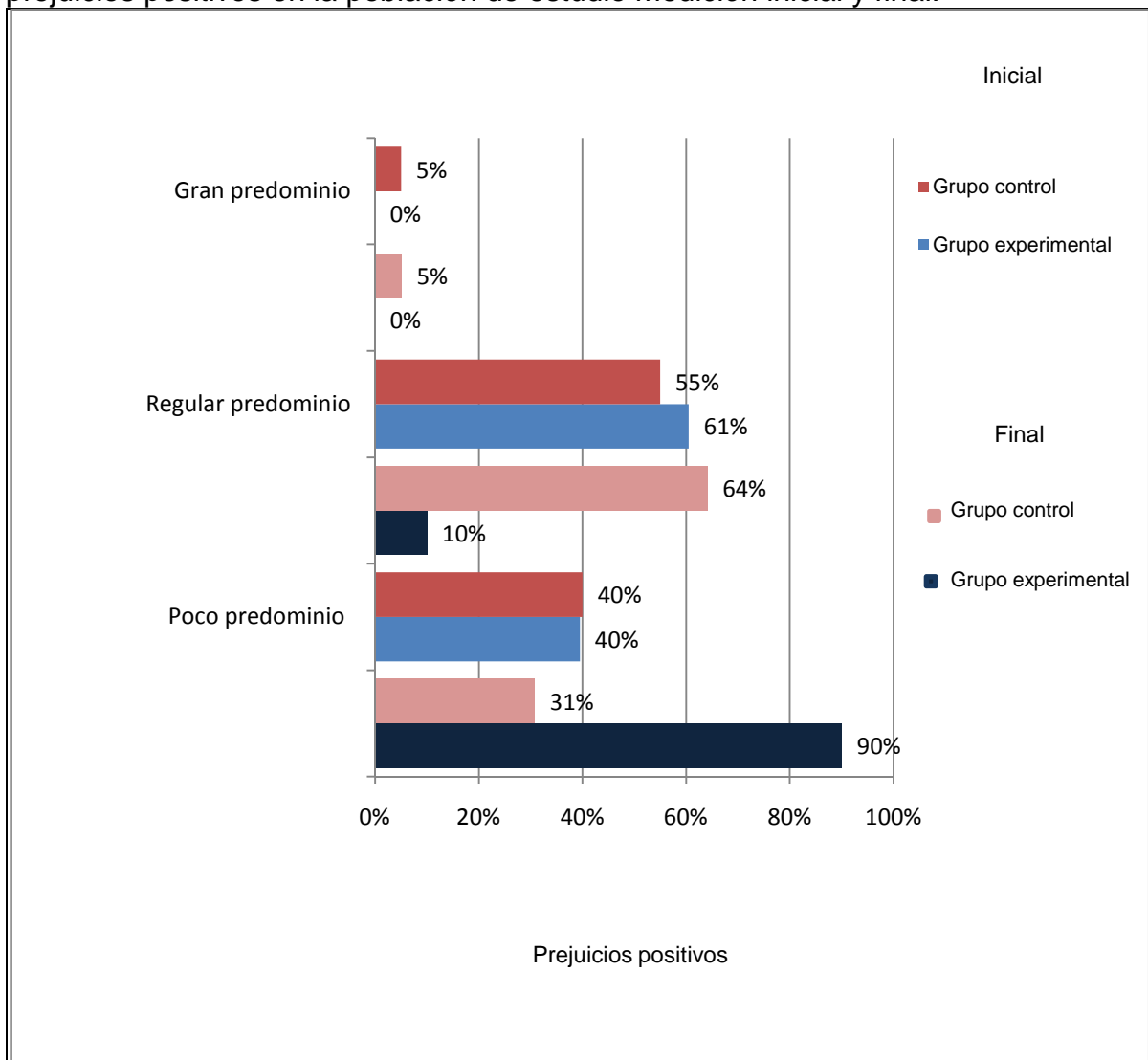
* χ^2 con una $p < 0.05$

Gráfica 4.2. Promedio \pm error estándar de los prejuicios negativos en la población de estudio medición inicial y final.



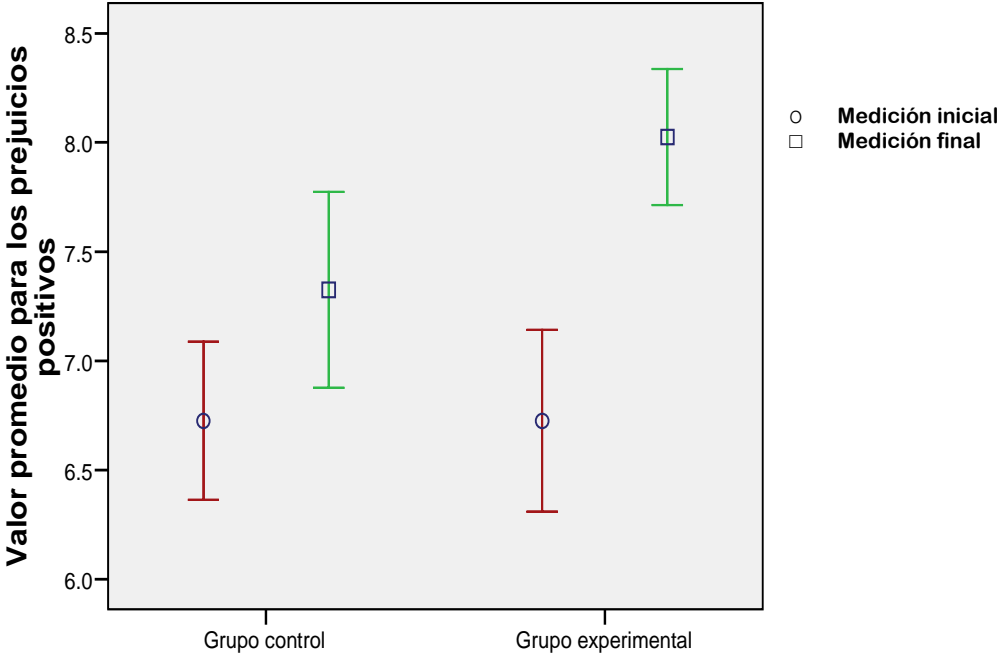
* t de pareada, $p < 0.05$.

Gráfica 3.3. Gráfica de barras comparativas en porcentajes del predominio de prejuicios positivos en la población de estudio medición inicial y final.



* χ^2 con una $p < 0.05$

Gráfica 4.3. Promedio \pm error estándar de los prejuicios positivos en la población de estudio medición inicial y final.



* t pareada, $p < 0.05$.

Cuadro 5. Frecuencia de estereotipos negativos, positivos, pueriles y sociales presentes en la población de estudio.

	Medición inicial		Medición final	
	Grupo experimental		Grupo control	
	Antes	Después	Antes	Después
	FR (%)		FR (%)	
Estereotipos negativos*				
Achacosos	29 (73)	20(50)	24 (60)	24 (60)
Lentos	30 (75)	18 (45)	34 (85)	34 (85)
Chochos	15 (38)	11 (28)	18 (45)	18 (45)
Malhumorados	27(68)	17 (43)	32 (80)	42 (80)
Cansados	34 (85)	22 (55)	32 (83)	32 (80)
Necios	26 (65)	23 (58)	26 (65)	26 (65)
Estereotipos positivo*				
Confiados	27(68)	29 (73)	31(78)	31 (78)
Comprensivos	38 (95)	39 (98)	37 (93)	37 (93)
Pacientes	37 (93)	38 (95)	36 (90)	36 (90)
Sinceros	35 (88)	37 (93)	40 (100)	40 (100)
Estereotipos pueriles*				
Caprichosos	25 (63)	21 (53)	21 (53)	23 (58)
Infantiles	26 (65)	26 (65)	23 (58)	23 (58)
Chismosos	20 (50)	21 (53)	12 (30)	15 (38)
Maniáticos	19 (48)	16 (40)	16 (40)	18 (45)
Parlanchines	29 (73)	36 (90)	28 (70)	28 (70)
Estereotipos sociales*				
Útiles	39 (98)	40(100)	39 (98)	39 (98)
Sociables	37 (93)	38 (95)	37 (93)	36 (90)
Flexibles	35 (88)	39 (98)	35 (88)	34 (85)
Divertidos	37 (93)	38 (95)	31 (78)	31 (78)
Solitarios	27 (68)	25 (63)	22 (55)	23 (58)
Respetables	39 (98)	40 (100)	40 (100)	40 (100)

* χ^2 con una $p > 0.05$

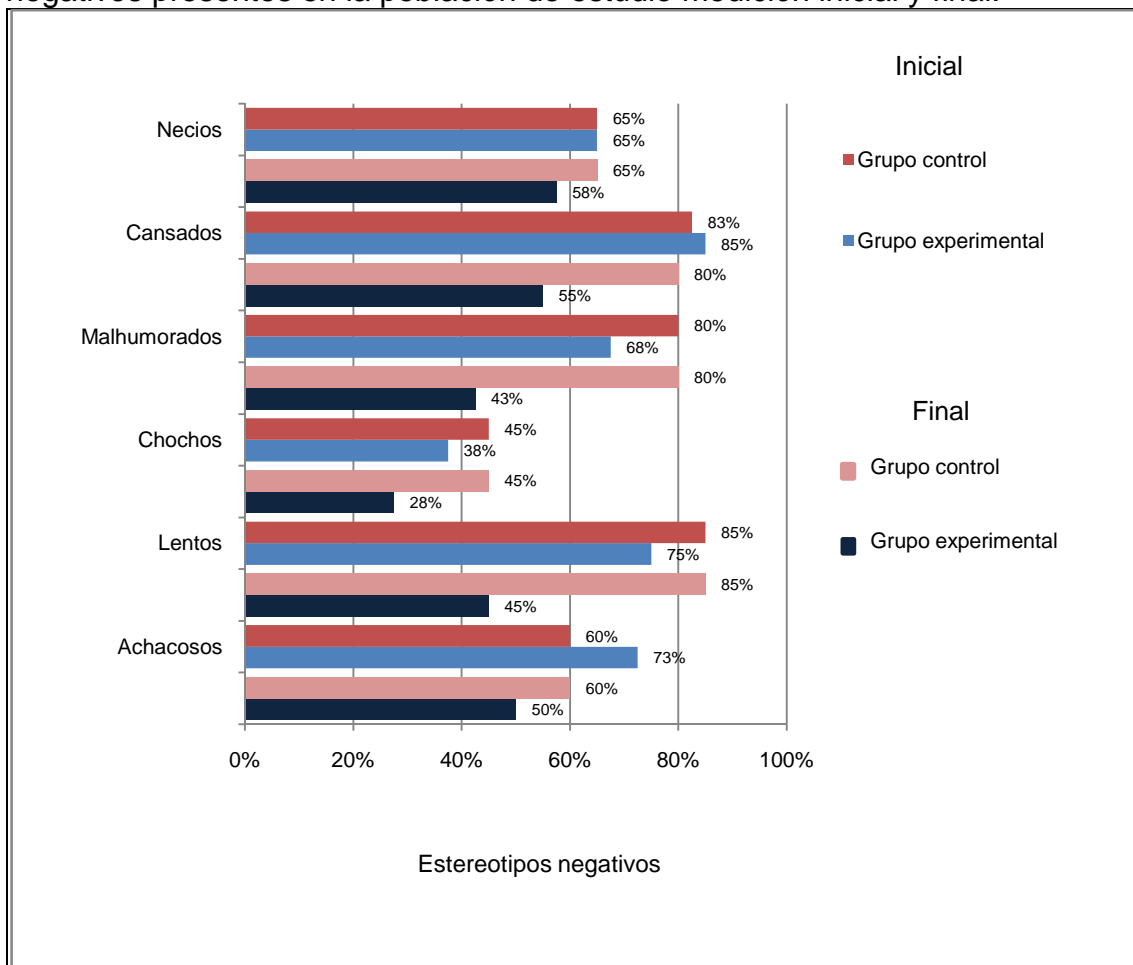
Cuadro 6. Comparación del promedio \pm EE de estereotipos presentes en la población de estudio.

Variable	Grupo	Antes (DE)	Después (DE)	Cambio (DE)	p*
Estereotipos negativos	Experimental	9.28 \pm 0.55	8.25 \pm 0.54	1.02 \pm 2.67	0.020
	Control	9.53 \pm 0.53	9.23 \pm 0.51	.300 \pm 1.20	0.123
Estereotipos positivos	Experimental	7.33 \pm 0.14	7.38 \pm 0.18	-.050 \pm 1.28	0.806
	Control	7.38 \pm 0.18	7.35 \pm 0.17	-.025 \pm 0.42	0.711
Estereotipos pueriles	Experimental	3.45 \pm 0.31	3.48 \pm 0.27	-.025 \pm 1.49	0.916
	Control	3.23 \pm 0.28	3.33 \pm 0.29	-.100 \pm 0.54	0.253
Estereotipos sociales	Experimental	5.38 \pm 0.155	5.50 \pm 0.01	-.150 \pm 0.89	0.295
	Control	5.07 \pm 0.145	5.05 \pm 0.15	.025 \pm 0.35	0.660

Los valores corresponden a media \pm error estándar.

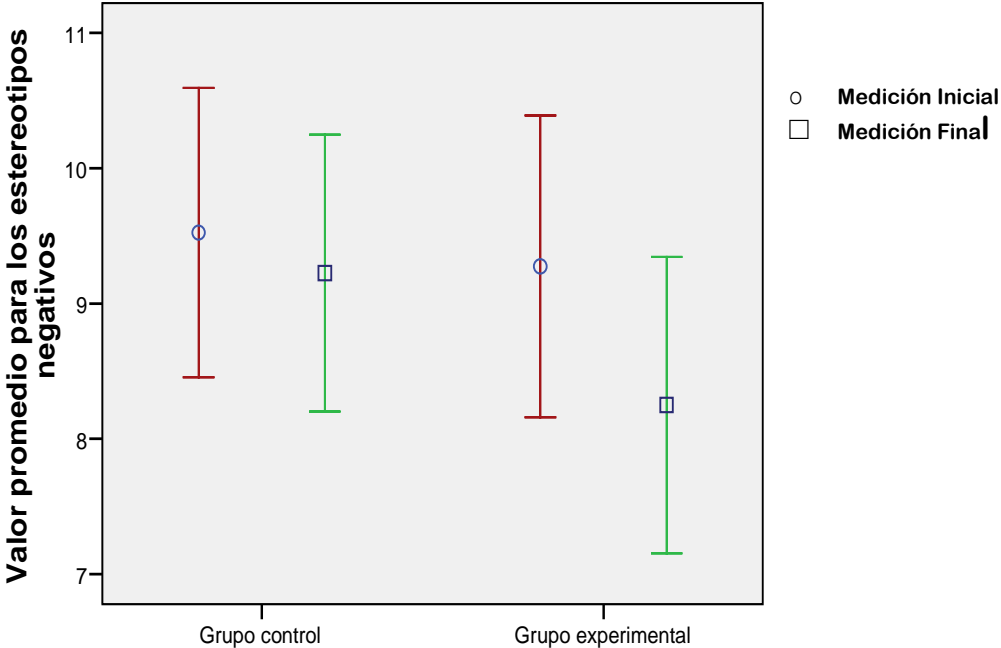
Prueba t pareada, * p > 0.05.

Gráfica 5.1. Gráficas de barras comparativas en porcentajes de los estereotipos negativos presentes en la población de estudio medición inicial y final.



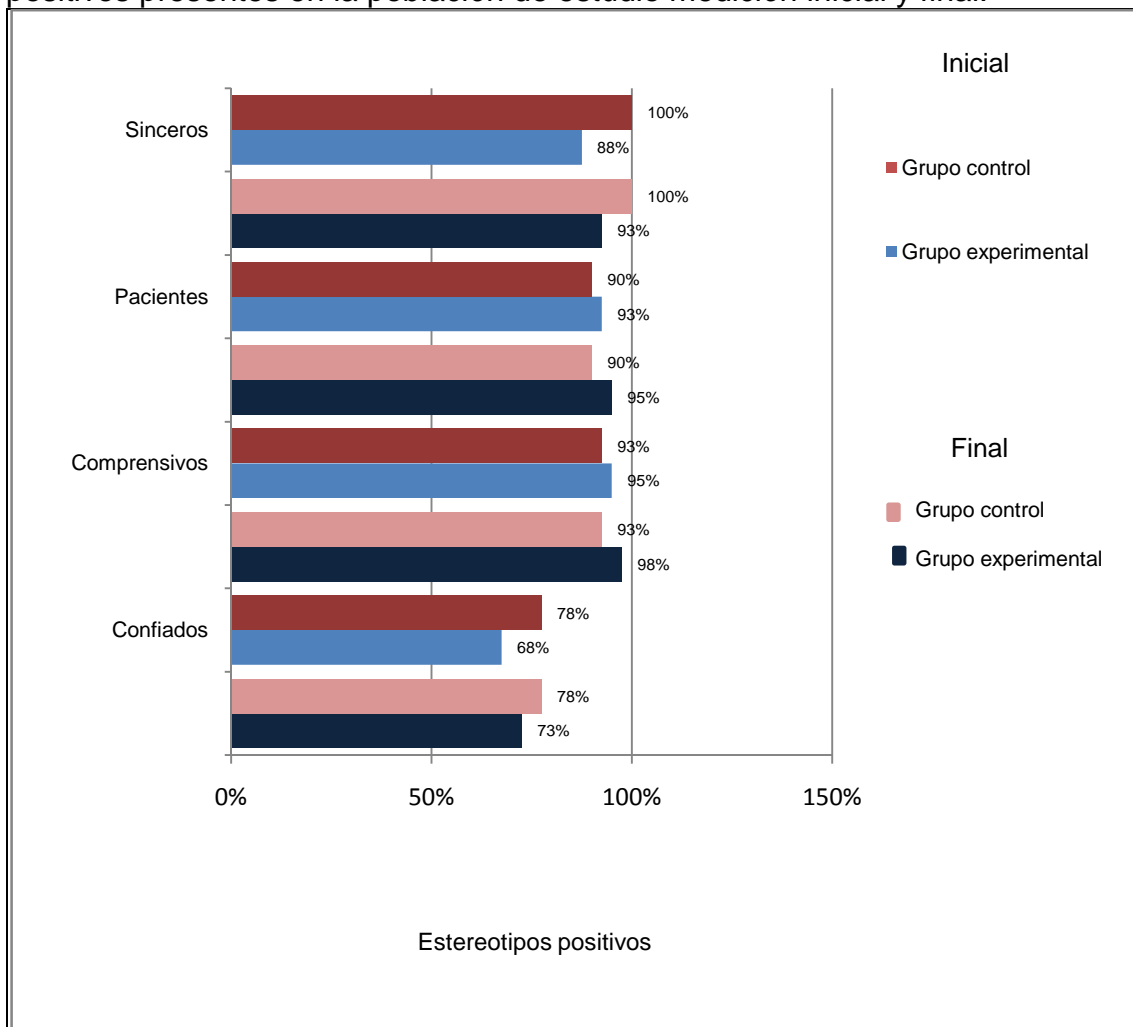
* χ^2 con una $p > 0.05$

Gráfica 6.1. Promedio \pm error estándar de los estereotipos negativos presentes en la población de estudio medición inicial y medición final.



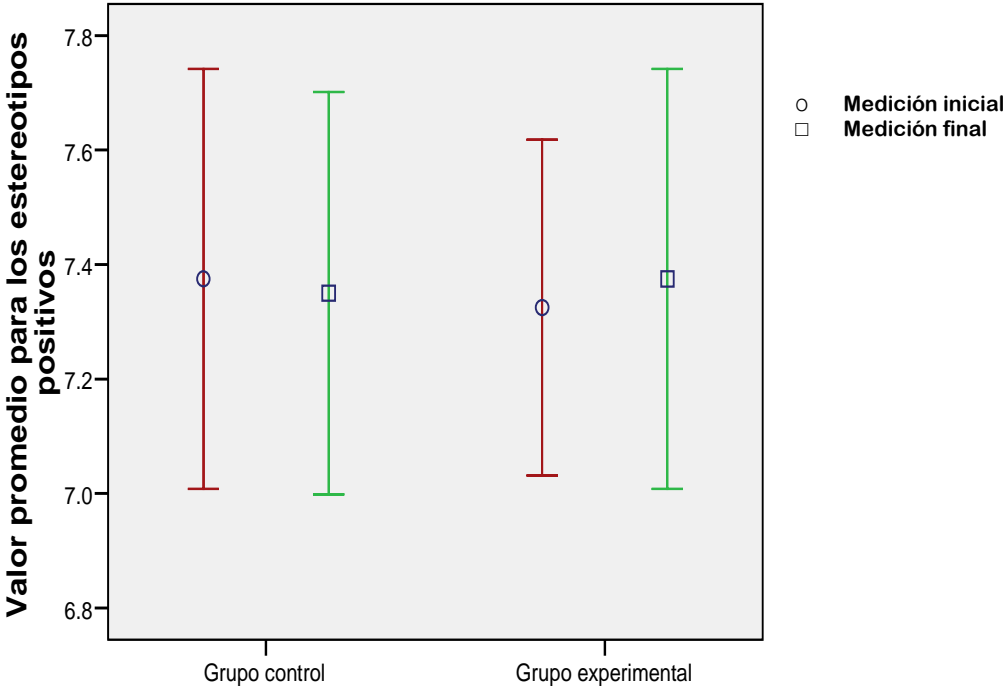
* t pareada, $p > 0.05$.

Gráfica 5.2. Gráficas de barras comparativas en porcentajes de los estereotipos positivos presentes en la población de estudio medición inicial y final.



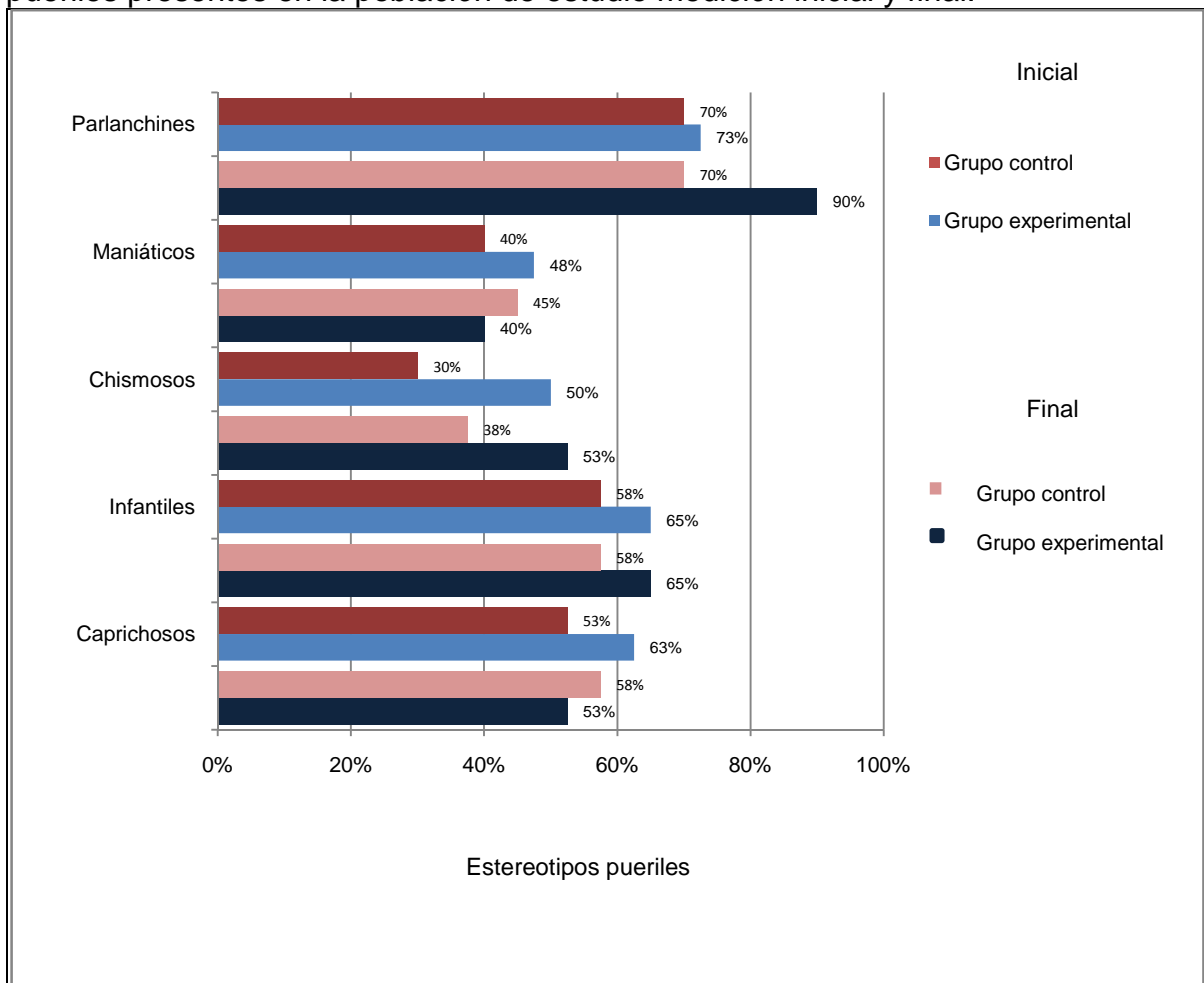
* χ^2 con una $p > 0.05$

Gráfica 6.2. Promedio \pm error estándar de los estereotipos positivos presentes en la población de estudio medición inicial y medición final.



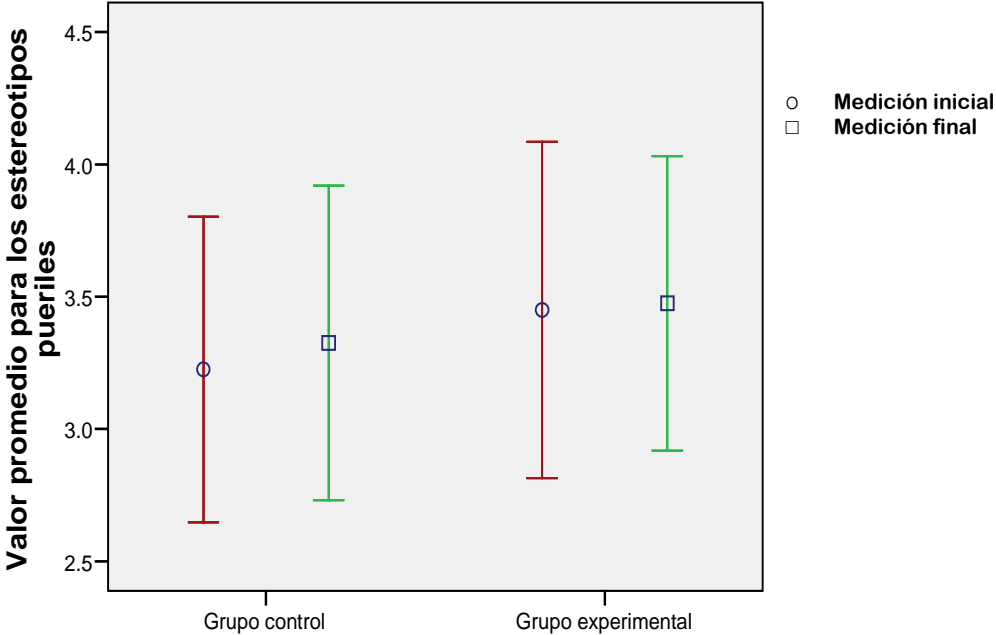
* t pareada, $p > 0.05$.

Gráfica 5.3. Gráficas de barras comparativas en porcentajes de los estereotipos pueriles presentes en la población de estudio medición inicial y final.



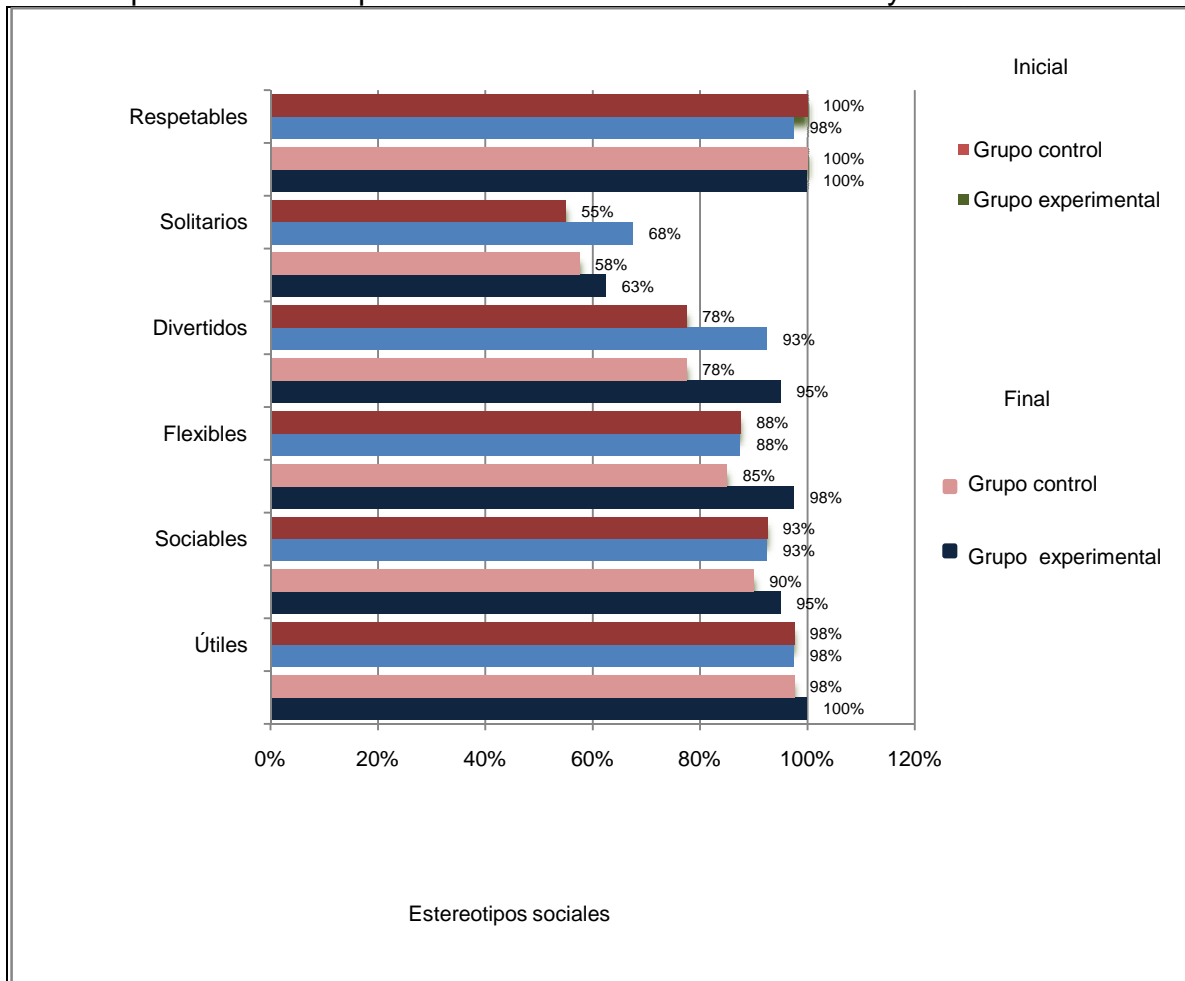
* χ^2 con una $p > 0.05$

Gráfica 6.3. Promedio \pm error estándar de los estereotipos pueriles presentes en la población de estudio medición inicial y medición final.



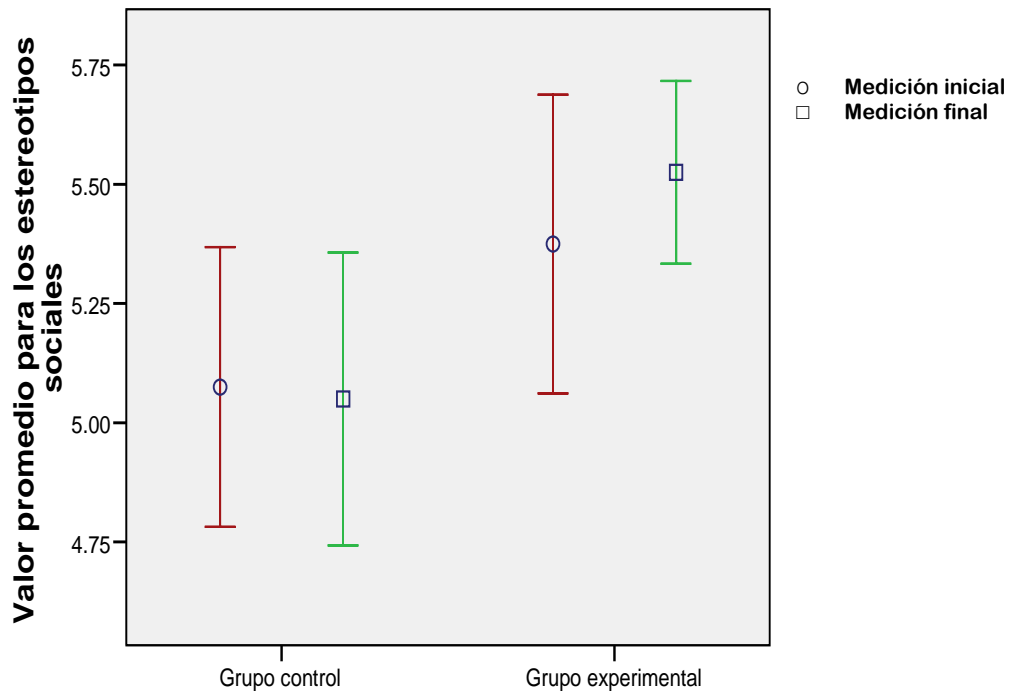
* t pareada, $p > 0.05$.

Gráfica 5.4. Gráficas de barras comparativas en porcentajes de los estereotipos sociales presentes en la población de estudio medición inicial y final.



* χ^2 con una $p > 0.05$

Gráfica 6.4. Promedio \pm error estándar de los estereotipos sociales presentes en la población de estudio medición inicial y medición final.



* t pareada, $p > 0.05$.

IX. DISCUSIÓN

La vejez es una etapa de la vida que con frecuencia es contemplada desde una perspectiva fragmentada, como una realidad que afecta sólo a un estrato de la población, la cual determina que los viejos sean vistos como una categoría separada e independiente de los otros grupos poblacionales, limitando los espacios sociales disponibles para los mayores.⁵⁴

Así mismo existen mitos relativos a los viejos que favorecen los prejuicios y estereotipos de la vejez que propician el viejismo y la marginación social, los cuales muchas veces son difundidos a través de la familia, grupos sociales, por el propio viejo e incluso por los mismos profesionales en salud en gerontología y geriatría.

De ahí que una de las estrategias que podría contrarrestar el viejismo y la percepción equivocada que se tiene de la vejez es la difusión de información de conocimientos básicos sobre el envejecimiento y la vejez sustentados en conocimientos científicos a través de los medios informativos, y programas de intervención educativa dirigidos a toda la población⁵⁵, ya que la educación ha sido reconocida como una herramienta idónea y como una de las armas más poderosas de las que dispone la sociedad que puede influir de manera determinante para ayudar a los adultos mayores a tener una imagen menos prejuiciada y estereotipada de la vejez y una mejor calidad de vida. De ahí la relevancia de la presente investigación en la cual se impartió una intervención educativa sobre conocimientos básicos gerontológicos para evaluar la influencia de la educación sobre la percepción de vejez en los adulto mayores.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes. En un primer análisis se encontró que los grupos fueron homogéneos en cuanto a edad, género, y escolaridad; en el estado civil en el grupo experimental predominaron los adultos mayores casados y, en el grupo control las amas de casa. Estas características socio demográficas concuerdan con los resultados reportados en el estudio multicéntrico realizado en 7 países de América Latina y el Caribe (encuesta SABE 2001), en la cual se señala que en la población de adultos mayores predominan los mayores del sexo femenino, el nivel de educación es

el básico, la ocupación de las mujeres es la de amas de casa, la edad fluctúa de 60 a 75 años, y en el estado civil, en primer lugar se encuentran los casados seguidos de los viudos.^{56, 57}

Con respecto a las pruebas de tamizaje sobre funcionalidad física y mental realizadas a ambos grupos al inicio de la investigación, se encontró que son funcionales, a pesar de estar presentes las enfermedades crónico-degenerativas en la mayoría de los participantes de ambos grupos, el adulto mayor considera su estado de salud como bueno, no se encontró deterioro cognitivo, y se observó buena funcionalidad e independencia para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estos resultados son similares a los reportados por Morales y col, en un estudio realizado en 100 ancianos del Club Ecológico de la tercera edad en la Ciudad de México sobre funcionalidad en el anciano en relación a edad, género y estado de salud, en donde se encontró que la mayoría eran funcionales para realizar las actividades de la vida diaria. Dentro de las actividades instrumentales sobresalió que más de la mitad de los participantes masculinos se desarrollaban independientemente en actividades como preparar alimentos y en los quehaceres del hogar, así mismo la actividad que se vio más afectada en el género femenino fue la del transporte y el manejo de dinero en los mayores de 70 años⁵⁸. Lo anterior concuerda con lo determinado por la OMS quien establece que ancianos sanos desde el punto de vista gerontológico son aquellos que presentan dos o más enfermedades crónico-degenerativas que están controladas y que son funcionales desde el punto de vista físico, mental y social.

Con respecto al análisis de los conocimientos básicos gerontológicos en la comparación de frecuencias antes y después de la intervención educativa se encontraron resultados estadísticamente significativos para el grupo experimental, se observó una disminución en la categoría de poco conocimiento gerontológico, un incremento en la categoría de regular conocimiento gerontológico, y a la vez también un incremento en la categoría de suficiente conocimiento gerontológico; y en la comparación de promedios se obtienen datos de un aumento estadísticamente significativo en los conocimientos básicos gerontológicos, mostrando con estos resultados que los participantes de este grupo fueron sensibles a la intervención educativa; por otro lado el grupo control sin intervención, en la comparación de

frecuencias y promedios antes y después registró resultados sin significancia estadística ($p > 0.05$). Estos resultados sugieren que cuando se emplean lineamientos metodológicos basados en técnicas didácticas adecuadas para el aprendizaje de los ancianos se logra el objetivo planeado, como lo señalado por García y col. quienes resaltan que los educadores sociales proponen cuatro principios básicos en torno al aprendizaje de los adultos mayores, en función de considerar las características propias de la persona mayor, la experiencia, el nivel educativo, el nivel cultural, su estado de salud, su edad real, y la percepción que tienen del envejecimiento y que son: a) que las personas mayores sólo aprenden lo que desean aprender, b) no aprenden salvo lo que pueden aprender, c) no aprenden más que lo que se enseñan a sí mismas, y d) sólo aprenden en función de lo que, previamente desean aprender.⁴² Mendoza-Núñez y col. en su modelo de núcleos gerontológicos señalan que los adultos mayores sujetos a un proceso educativo sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento se sensibilizan ante su susceptibilidad a las enfermedades que padecen o puedan desarrollar, sus complicaciones y medidas de control y/o prevención.³⁹ También estos autores reportan una mejora en el estado de ánimo y en el grado de independencia de los pacientes mayores, quienes refirieron interés en continuar en los programas educativos en el afán de optimizar los procesos referentes a su calidad de vida.⁵⁹ Sin embargo, es importante considerar lo descrito por Martín, quien señala que la educación en la vejez debe tender a buscar un adecuado equilibrio entre las limitaciones y posibilidades del adulto mayor, sin fomentar falsas ilusiones o la ausencia de esperanzas.⁶⁰ Por otro lado en el grupo control no se observaron cambios en las categorías de los conocimientos, demostrando que sin un proceso educativo que proporcione conocimiento bien fundamentado no existe transformación de conceptos, en este sentido la educación ha demostrado ser muy útil para el logro del empoderamiento, del adulto mayor definido como un proceso de desarrollo participativo mediante el cual los individuos comunidades y organizaciones logran un mayor control sobre su vida y ambiente adquiriendo derechos y nuevas metas en su vida, aunado a una reducción en la marginalización social.³⁰

En relación a los prejuicios negativos los resultados de la comparación de frecuencias antes y después de la intervención educativa también difirió entre grupos, encontrando diferencias estadísticamente significativas, el grupo experimental reportó una

disminución importante en la categoría de gran predominio de prejuicios negativos, un incremento en la categoría de regular predominio y un incremento en la categoría de poco predominio de estos prejuicios negativos, y en el análisis de la comparación de promedios los resultados también fueron estadísticamente significativos; el grupo control no registró resultados con significancia estadística. Como podemos observar éstos resultados muestran una disminución sensible de prejuicios negativos en el grupo experimental expuesto a la intervención educativa lo que permite inferir que existe relación entre el grado de conocimientos gerontológicos y el grado de prejuicios negativos que se tienen sobre la vejez, datos que es posible comparar con lo reportado por Mendoza-Núñez, quienes en un estudio exploratorio en el que evaluaron los conocimientos, prejuicios y estereotipos sobre la vejez, realizado con 531 alumnos y 111 profesores universitarios de las ciencias sociales y de la salud de la FES Zaragoza, UNAM, entre sus hallazgos reportan que un porcentaje promedio de prejuicios negativos significativamente más alto, coincidió con un porcentaje promedio de conocimientos significativamente más bajos, y refieren a otros autores que reportan que la falta de conocimientos sobre la vejez genera prejuicios y estereotipos⁶¹.

En relación a los prejuicios positivos los resultados de la comparación de frecuencias antes y después de la intervención educativa muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$); el grupo experimental reportó un descenso en la categoría de regular predominio y un incremento en la categoría de poco predominio, la comparación de promedios también fue estadísticamente significativa; en el grupo se encontraron resultados sin significancia estadística. Esta comparación de resultados muestra lo difícil que es incidir en los aspectos subjetivos que configuran la percepción de la vejez, ya que aunque ocurrió una modificación en las impresiones positivas que la persona mayor tiene sobre sí misma y sobre el envejecimiento, los prejuicios positivos no desaparecieron. Resultados que podrían deberse, como lo refiere Salvarezza a que “la vejez es un tema conflictivo, no solo para el anciano, sino también para aquellos que, sin ser viejos aún, la enfrentan cotidianamente desde sus roles profesionales, o como hijo, como vecino, o como un simple ciudadano común” y el conflicto que representa para cada uno y las conductas defensivas que se adoptan para evitarlo están determinadas por la historia personal, socio-cultural, experiencias, fantasías y represiones en una ideología sobre lo que es la vejez y sobre cuál es la

mejor manera de comportarse frente a ella⁶². Por otro lado, Martínez Maldonado refiere que los prejuicios pueden existir o mantenerse a pesar del conocimiento teórico sobre la vejez y el envejecimiento, si no se toma en consideración sus implicaciones multidimensionales⁵⁵. Sin embargo, Losada cita a Palmore quien plantea que el edadismo o la discriminación por edad en un sentido positivo, es no dañino para las personas mayores, y que es necesario extender las intervenciones educativas a las familias para maximizar la eficacia de los programas educativos de lo contrario no se producen cambios en las actitudes edadistas.⁶³

En referencia a los estereotipos Martínez-Maldonado, define a los estereotipos como “imágenes mentales simplificadas sobre una categoría de personas, instituciones o acontecimientos que es compartida por un gran número de personas, que tienden a justificar pensamientos, sentimientos, comportamientos, estatus o posiciones propias o de otros, conductas agresivas o discriminatorias personales o de miembros del grupo al que se pertenece”.⁵⁵

Los estereotipos negativos que hacen referencia a una percepción negativa, con particular reflejo a la inadaptación física en el desenvolvimiento e inadaptación social del adulto mayor descritos en los resultados, y que estuvieron presentes con mayor frecuencia en ambos grupos en la medición inicial y final fueron; en el grupo experimental los calificativos de cansados, lentos, achacosos, y necios, y en el grupo control los calificativos de lentos, cansados y malhumorados.

Y los estereotipos pueriles que hacen referencia a los aspectos regresivos del adulto mayor hacia la niñez y que de alguna forma vienen asociados a la pérdida de responsabilidad en sus actuaciones, los encontrados con mayor frecuencia en ambos grupos en la medición inicial y final fueron; en el grupo experimental los calificativos de parlanchines, caprichosos y maniáticos; y en el grupo control los calificativos de parlanchines, infantiles y caprichosos. Los datos estadísticos en ambas dimensiones de estereotipos negativos y pueriles, mostraron un comportamiento casi idéntico en ambos grupos, ya que ambos registraron frecuencias bajas en comparación a las dimensiones de estereotipos positivos y sociales, a este respecto Contreras cita a Gabe (1994), quien expone que existe una tendencia de la población adulta a aislar los conceptos

negativos como un sistema de defensa del autoconcepto, esto les proporciona una manera distinta de enfrentarse a la ansiedad que les genera el envejecimiento y la esperable aproximación al fin de la vida.⁶⁴

En relación a los estereotipos positivos más frecuentes en ambos grupos en la medición inicial y final, y que hacen referencia a valores sociales positivos, orientados hacia la relación del adulto mayor con otros individuos fueron; en el grupo experimental los calificativos de pacientes, sinceros y comprensivos, y en el grupo control los calificativos de sinceros, confiados y comprensivos. Y finalmente los estereotipos sociales que sitúan al sujeto mayor en un plano de eficacia importante en el comportamiento con el entorno y por la agrupación y la valoración de utilidad y sociabilidad, los encontrados con mayor frecuencia en ambos grupos en la medición inicial y final fueron; en el grupo experimental los calificativos de útiles, sociales y divertidos; y en el grupo control los calificativos de útiles, sociales y flexibles. Ambas dimensiones de estereotipos aparecieron con mayor frecuencia comparada con las dimensiones negativas, y estuvieron presentes desde la medición inicial observándose una pobre respuesta a la intervención educativa en la medición final, a este respecto Gómez describe que son muchos los estudios sobre la estabilidad de los estereotipos que ponen de manifiesto la resistencia al cambio, y que aún cuando las personas deberían cambiarlos al obtener más información, suelen permanecer inalterables, también reporta que existe una multitud de estereotipos que no son necesariamente negativos, ya que existen muchos estereotipos positivos.⁶⁵ Por otro lado el mayor predominio de estereotipos positivos y sociales podría deberse a que en la población en estudio en ambos grupos a pesar de estar presentes las enfermedades crónico-degenerativas, se reportó en mayor porcentaje un estado de salud bueno, y se trató de una población funcional e independiente, lo cual coincide con lo reportado por Garay y Avalos sobre otros estudios que señalan que si no existen alteraciones severas en la vida y en las actividades cotidianas de la persona mayor, entonces no tendría porque presentarse una autopercepción negativa (Knox, 1977 citado en Meléndez 1966).⁶⁶

Desde la óptica del viejismo los resultados descritos y discutidos exigen exponer que la intervención educativa tuvo el impacto esperado sobre la visión prejuiciada y estereotipada que el adulto mayor tiene sobre la vejez y que quizá esta pudo ser más

contundente pero evidencia que la cultura es algo determinante que no se puede dejar de lado, lo que sugiere que una intervención educativa con mayores recursos materiales, económicos y humanos puede incidir fuertemente en la percepción que el adulto mayor tiene sobre la vejez.

X. CONCLUSIONES

Hipótesis

Tomando en cuenta lo reportado en la literatura en donde se demuestra la eficacia de la educación como instrumento para lograr la participación activa del adulto mayor, podemos suponer que el proporcionar una intervención educativa de conocimientos básicos gerontológicos logrará que el adulto mayor tenga una visión menos prejuiciada y estereotipada sobre la vejez.

Conclusiones

- Los resultados sugieren que con una intervención educativa sobre conceptos básicos gerontológicos es posible influir para que el adulto mayor tenga una visión menos prejuiciada y estereotipada sobre la vejez.
- Se encontró que el adulto mayor responde positivamente a un proceso de enseñanza-aprendizaje con contenidos que lo sensibilizan ante su susceptibilidad a las enfermedades que padece, lo cual confirma la efectividad de la educación para la salud con la participación activa del adulto mayor.
- Se observó que a mayor porcentaje de conocimiento gerontológico menor porcentaje de prejuicios negativos, y mayor porcentaje de prejuicios positivos, lo cual apoya la efectividad de los programas educativos para producir cambios en las impresiones que el adulto mayor tiene sobre sí mismo.

XI. PERSPECTIVAS.

- Las evidencias obtenidas muestran la efectividad de la educación para incidir sobre la percepción que los adultos mayores tienen sobre la vejez, por lo que es necesario sensibilizar a los profesionales en gerontología y Geriátrica sobre la importancia de implementar programas multidisciplinarios de intervención educativa, que influyan positivamente sobre la percepción de la vejez bajo el paradigma del envejecimiento activo, con la finalidad de que el adulto mayor participe, se adueñe del conocimiento y transforme su visión prejuiciada y estereotipada sobre la vejez y el envejecimiento lo cual le permita tener una mejor calidad de vida.
- Los resultados obtenidos justifican continuar con ésta línea de investigación, además de llevar a cabo estudios longitudinales que permitan detectar en qué momento y cómo se dan los cambios posteriores a una intervención educativa, para comprobar la influencia y la efectividad de éstas intervenciones sobre la percepción de la vejez.
- Es altamente recomendable llevar a cabo estudios en donde se incluya a los familiares más cercanos al adulto mayor para que participen en los programas educativos sobre la vejez y envejecimiento, con el fin de que el impacto educativo sea multidimensional.

XII. REFERENCIAS

- ¹ Fajardo-Ortiz G. El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico-sociales. México: OPS/OMS. Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social; 1995.
- ² Department of Economic and Social Affairs. Population division. New York: United Nations [en línea]. 2009 [Consultado 7 de mayo de 2010]. URL disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.pdf>
- ³ Organización Mundial de la Salud. Día internacional de las personas mayores. Personas mayores. Una nueva fuerza para el desarrollo. OMS Programas y proyectos [en línea]. 2007 [Consultado el 10 de marzo 2007]. URL Disponible en: http://www.who.int/ageing/events/idop_rationales/es/index.html
- ⁴ Organización Panamericana de la Salud. La salud de los ancianos, una preocupación para todos. Washington: Publications, OMS/OPS; 1992.
- ⁵ Organización Panamericana de la Salud. Análisis de situación de salud en las Américas, 1999-2000. OMS/OPS. Boletín Epidemiológico: 2000; 21 (4).
- ⁶ Zúñiga HE, García LJ, Partida BV. La situación demográfica de México, 2003. Mortalidad de la población de 60 años o más. México: CONAPO; 2003. p 44-154. URL disponible en: <http://www.sociologia.uson.mx/work/resources/LocalContent/38438/1/situaciondemograficamexico.pdf>
- ⁷ Partida BV. El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México: CONAPO; 1999. p 33-39. URL disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras2/PDF/envejeci.pdf>
- ⁸ Ham-Chande R. El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública de Mex [en línea]. 1996; 38(6): 409-418 [Consultado el 8 de noviembre de 2006]. URL disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000980>
- ⁹ Castro V, Gómez DH, Negrete SJ, Tapia CR. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública de Mex [en línea]. 1996; 38 (6): 438 – 447 [Consultado el 8 de noviembre de 2006]. URL disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001644>
- ¹⁰ Lara RM. El adulto mayor y sus problemas de salud, nuevo reto para los servicios institucionales. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas

del adulto mayor. México: OMS/OPS; 1997. 137-151

- ¹¹ Fernández L, Reyes L. La vejez y su representación social: estudio de casos. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Unidad de Investigaciones Psicosociales. Unidad de Investigaciones Gerontológicas. Venezuela, 2000. p.2.
- ¹² González MA, Rodríguez RL. Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica. Centro de investigaciones sobre longevidad. Geroinfo. RNPS. 2110 [en línea]. 2006; 2 (2) [Consultado el 20 de enero de 2007]. URL disponible en: <http://www.hvil.sld.cu/?mod=document>
- ¹³ Moscovici S. El Psicoanálisis, su Imagen y su Público. Editorial Huemul S.A. Buenos Aires, 1979.
- ¹⁴ Ibáñez T. Ideologías de la Vida Cotidiana. Sendai Ediciones. Barcelona España, 1988.
- ¹⁵ Casas MC. Racionalización de prejuicios: Las teorías racistas en el debate de Geografía y Ciencias Sociales Universidad de Barcelona [en línea].1999 [Consultado el 4 de abril de 2007]. URL disponible en: http://www.ub.es/geocrit/b3w-155.htm#N_4_
- ¹⁶ Rose AM. El origen de los Prejuicios. Buenos Aires, Argentina. Humanitas: 1971.
- ¹⁷ Martínez- Maldonado ML Vivaldo-Martínez M, Mendoza- Núñez VM. ¿Qué es el viejismo?. En Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez. FES Zaragoza. UNAM, México, 2008. p. 17
- ¹⁸ Gómez T. Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Extremadura, Facultad de Formación del Profesorado; 2003. p. 163-164.
- ¹⁹ Marín M, Troyano Y, Vallejo A. Percepción social de la vejez. Rev Mult Gerontol [en línea] 2001 [acceso el 6 de diciembre 2006]; 11(2): 3 p. URL disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_2/gi-11-2-006.pdf
- ²⁰ Butler RN. The future of ageism. International Longevity Center, U.S.A [en línea] 2004 [acceso el 11 agosto 2009]; URL disponible en: <http://www.ilcusa.org/media/pdfs/ageismib5.04.pdf>
- ²¹ Huenchuán NS. Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas. Santiago de Chile: 2001.

-
-
- ²² Palmore EB. Ageism comes of age. *The Gerontologist* [en línea] 2003 [fecha de acceso 11 de agosto de 2009]; 43: 418-420 <http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/43/3/418>
- ²³ Palmore E. The Ageism Survey: First Findings. *The Gerontologist* [en línea] 2001 [fecha de acceso el 11 agosto 2006]; 41(5): 572. URL disponible en: <http://intl-gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/41/5/572>
- ²⁴ Tamer N. El envejecimiento humano, sus derivaciones pedagógicas. Inter-American Agency for Cooperation and Development – IACD [en línea] 2002 [fecha de acceso el 6 de diciembre 2006]; URL disponible en: http://www.iacd.oas.org/Interamer/Interamerhtml/Tamerhtml/tam_cp1.htm
- ²⁵ Griselli S. La plenitud. Argentina: Facultad de Psicología y Ciencias Sociales [en línea] 2002 [fecha de acceso 24 de noviembre 2006]; [22 p]. URL disponible en: http://www.uflo.edu.ar/academica/psicologica/public_5.htm
- ²⁶ Gastron L, Vujosevich J, Andrés H, Oddone MJ. La vejez como objeto de las representaciones sociales. *Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán* [en línea] 2002 [fecha de acceso 6 de diciembre de 2006]; 11 (12): 31-42. URL disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG012_Gastron.pdf
- ²⁷ Antuña LC. La vejez, una etapa vital del desarrollo humano. *Geragogia.net*© [en línea] 2001 [fecha de acceso 6 de diciembre 2006]; URL disponible en: <http://www.geragogia.net/editoriali/vejez.html>
- ²⁸ Marín M, Troyano Y, Vallejo A. Percepción social de la vejez. *Rev Mult Gerontol* [en línea] 2001 [fecha de acceso 6 de diciembre 2006]; 11(2):88-90. URL disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_2/gi-11-2-006.pdf
- ²⁹ Moñivas A. Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). España: Universidad de Murcia, *Anales de psicología* [en línea] 2004 [fecha de acceso 8 de diciembre de 2006]; 14 (1): 13-25. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16714103.pdf>
- ³⁰ Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Correa-Muñoz E. Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario. En Mendoza-Núñez VM. *Enfermedades crónicas en la vejez*. México: FES Zaragoza, UNAM; 2008.

-
-
- ³¹ Administration on Aging, USA. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991 [en línea] [fecha de acceso 6 de diciembre de 2006]; URL disponible en: <http://www.poderjudicial.go.cr/violenciadomestica/docs/Normativa%20de%20inter%20C3%A9s/Instrumentos%20internacionales/Principios%20de%20las%20Naciones%20Unidas%20en%20favor%20de%20las%20personas%20de%20edad.doc>
- ³² Plan de Acción Internacional Madrid sobre el envejecimiento. Organización Panamericana de la Salud [en línea] 2002 [fecha de acceso 6 de diciembre de 2006]; URL disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>
- ³³ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2):74-105
- ³⁴ Sánchez MM. La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación. Madrid: Portal mayores, informes portal mayores [en línea] 2005 [fecha de acceso 18 de septiembre de 2007]. URL disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-educacion-01.pdf>
- ³⁵ Mendoza- Núñez VM, Martínez M ML, Correa-Muñoz E. Envejecimiento: calidad de vida para los adultos mayores. Revista Ciencia y Desarrollo. 2006; 200 (32).
- ³⁶ Cabanes FL. Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor [en línea] 2005 [fecha de acceso 8 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml>
- ³⁷ Peterson A. Objeto y ámbitos de investigación en Gerontología Educativa. A History of the education of older learners. Sherron ... [en línea] 1990. disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2577981...0 - Similares de G Educativa.
- ³⁸ Moreno SP E, Roales-Nieto JG. El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa.1: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. International Journal of Psychological Therap [en línea] 2003 [fecha de acceso 7 de mayo de 2010]; 3 (1): 91-101. URL disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=664629>

- ³⁹ Mendoza-Núñez VM, Correa-Muñoz E, Sánchez-Rodríguez M, Retana-Ugalde R. Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos. *Geriatría* 1996; 12: 15-21.
- ⁴⁰ Cabrera AG, Tascón GJ, Lucumí CD. Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo Health beliefs: history, conceptual models and contributions. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [en línea] 2001 [fecha de acceso 7 de mayo de 2010]; 19 (1): 91-10i. URL disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=323896&indexSearch=ID>
- ⁴¹ Choque LR. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima, Perú; [en línea] 2005 [fecha de acceso 7 de mayo de 2010] p. 12. URL Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- ⁴² García MA, Martínez-Artero R, Sánchez L AM, Benito MJ, Lidón CB, Pedrero GE. Las personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud. España: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones; 2002.
- ⁴³ Yuni JA, Urbano CA. Intereses, necesidades y motivaciones educativas de los adultos mayores. En: *Educación de adultos mayores: teoría, investigación e intervenciones*. Brujas Córdoba, Argentina; 2005.
- ⁴⁴ González DM, Rodríguez R JR. Universidad para el adulto mayor. Una estrategia para la tercera edad. La habana, Cuba: Facultad de Ciencias Médicas [en línea] 2007 [fecha de acceso 08 de junio de 2008]; URL disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones>.
- ⁴⁵ Yuni JA, Urbano C, Tarditi ML. La educación como recurso para la integración social de los adultos mayores. *Prospectiva de la educación de Adultos Mayores en Argentina. Modelos Organizacionales y aspectos psicopedagógicos en la educación de Adultos mayores*. SEDECYTUNCa/CONICET. Argentina [en línea] [fecha de acceso 8 de junio de 2008]; URL disponible en: http://red-am.com.ar/buscador/files/EDUCA024_YuniTarditi.pdf
- ⁴⁶ Sánchez LA, Pedrero GE. Intervención socioeducativa con personas mayores: Nueva realidad del siglo XXI. Red de Integración Especial Mayores. URL disponible en: <http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/sanchez-intervencion->

01.pdf

- ⁴⁷ Morfi SR. Proyecto de superación en enfermería gerontológica comunitaria. Rev Cubana Enfermer [en línea] 2005 [fecha de acceso 13 agosto de 2009]; 21 (1). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_1_05/enf05105.pdf
- ⁴⁸ Correa L M, Díaz R A, Ponce ME, Ansio PN, Jiménez PM, Rodríguez SN. Intervención enfermera comunitaria en promoción de salud sobre envejecimiento saludable. Rev Paraninfo Digital [en línea] 2008[fecha de acceso 6 de septiembre de 2009]; 3. URL disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p181.php>
- ⁴⁹ Arronte RA, Beltrán CN, Correa-Muñoz E, Martínez-Maldonado ML, Mendoza-Núñez VM, Rosado PJ, et al. Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. México: FES Zaragoza, UNAM; 2007.
- ⁵⁰ Gómez T. Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Extremadura, Facultad de Formación del Profesorado; 2003. p. 231-239.
- ⁵¹ Mendoza-Núñez VM, et al. Gerontología comunitaria. México: FES Zaragoza, UNAM; 2004.
- ⁵² Secretaría de Gobernación. Ley General de Salud en Materias de Investigación para la Salud [fecha de acceso 10 de junio de 2006]. URL disponible en: www.tereaweb.com/dato/leyes/leginfo/150.101.htm
- ⁵³ Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki [fecha de acceso e junio de 2006]. URL disponible en: http://www.fisterra.com/material/investigada/declaración_helsinki.htm
- ⁵⁴ Fajardo-Ortiz G, Olivares-Santos R. Viejismo en el ambiente cotidiano. En Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez. México: FES Zaragoza, UNAM; 2008. p.77-100
- ⁵⁵ Martínez- Maldonado ML, Vivaldo-Martínez M, Mendoza- Núñez VM. ¿Qué es el viejismo?. En Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez. México: FES Zaragoza, UNAM; 2008. p. 7-31
- ⁵⁶ Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud [en línea] 2001[fecha de acceso 8 de agosto de 2009]. URL <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>

-
-
- ⁵⁷ Resano PE, Olaiz FG. Las personas de 50 y más años. En: Envejecimiento en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Instituto Nacional de Salud Pública. México 2003. p. 23-36
- ⁵⁸ Morales DE, Prados D MG. Funcionalidad en el anciano en relación a edad, género y estado de salud. [Reporte de investigación] México: FES Zaragoza, UNAM, Curso postécnico de enfermería en gerontología y geriatría; 2002.
- ⁵⁹ Pereira D MC, Pino J MR. Intervención educativa para la mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico. Un programa interdisciplinar en educación social. Revista Portuguesa de Pedagogía [en línea] 2003 [fecha de acceso 11 de agosto del 2009]; 37(3): 231-251. URL disponible en: webs.uvigo.es/consumoetico/textos/vejez.doc
- ⁶⁰ Martín G AV. Objeto ámbitos de investigación en gerontología educativa. Universidad de la Rioja. Pedagogía Social: revista interuniversitaria. 12, 1995. p 7-22
- ⁶¹ Mendoza- Núñez VM et. al. Viejismo en profesores y estudiantes universitarios. En Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez. México: FES Zaragoza, UNAM;2008. p. 133-153
- ⁶² Amico LC. Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la deconstrucción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. Revista Margen [en línea] 2009 [fecha de acceso 8 de mayo de 2010]; 55 URL disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen55/amico.pdf>
- ⁶³ Losada BA. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid: Portal mayores; 2004. URL disponible en: http://www.google.com.mx/search?q=palmore+y+prejuicios&hl=es&rlz=1T4ADBF_esMX331MX333&start=0&sa=N
- ⁶⁴ Contreras LA. Modelo multiprofesional para fortalecer el autoconcepto en adultos mayores. [Tesis de maestría]. México: Universidad de Colima, Facultad de psicología; 2005. URL disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ARACELI_CONTRERAS_LOPEZ.pdf
- ⁶⁵ Gómez T. Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura. Tesis de Doctorado para la obtención del título de doctor en Psicología Facultad de Formación del Profesorado. Extremadura, España: Universidad de Extremadura; 2003. p.130

⁶⁶ Garay VS, Avalos PR. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. [Tesis de maestría]. revista Kairós, São Paulo [en línea] 2009 [fecha de acceso 10 de mayo de 2010] 12(1):p. 39-58. URL disponible en:
<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2779/1814>

XII. Anexos

Anexo 1

Mini examen mental de Folstein

Es un aprueba para evaluar el estado mental de la persona, cuya aplicación requiere de 5 a 10 minutos, consta de 11 ítems sobre orientación temporoespacial, memoria inmediata y diferida, atención, cálculo, lenguaje y capacidad visuconstructiva⁶⁶.

(Folstein, 1975; Fillenbaum, 1990).

Calificación máxima	Calificación obtenida	Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta
5	()	<p><u>Orientación</u> Pregunte: ¿Qué fecha es hoy? Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas: ¿En qué año estamos? () ¿En qué mes estamos? () ¿Qué día del mes es hoy? () ¿Qué día de la semana es? () Qué hora es aproximadamente? ()</p>
5	()	<p><u>Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora?</u> (Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas: ¿En qué lugar estamos? () ¿En qué país? () ¿En qué estado? () ¿En qué ciudad o población? () ¿En qué colonia, delegación o municipio? ()</p>
3	()	<p><u>Registro</u> Diga al sujeto la siguiente instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras; flor, coche y nariz, después pida al sujeto, repita las palabras. Califique su ejecución en el primer intento. Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres palabras diga: "Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde". Esta instrucción deberá presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las tres palabras, o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el sujeto la recordara. (Recuerde la calificación para este reactivo, se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo). Flor () Coche () Nariz () No. De ensayos _____ 1 - 6</p>
5	()	<p>(Asigne un punto por cada calificación máxima obtenida que sea correcta). <u>Atención y cálculo</u> Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del 40. Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 4 cada vez v.gr: 40-4= 36; 36-4 =32. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 substracciones 8no proporcione ayuda) 28 () 24 () 20 () 16 () 12 ()</p>

3	()	Evocación Pida al sujeto: Repita las tres palabras que le pedí que recordara. Flor () Coche () Nariz ()
3	()	Lenguaje Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con una pluma. Reloj () Pluma () Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración y repítala después de mi, (diga lenta y claramente): No voy si tú no llegas temprano. (solo un ensayo) ()
3	()	Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto: Tome la hoja con la mano derecha, después dóblela y tirela al piso (de un punto por cada paso correctamente ejecutado). Tome la hoja de papel con la mano derecha () Dóblela () Tirela al piso ()
1	()	Lectura: Muestre al sujeto la instrucción escrita: "Cierre los ojos", Incluida en este paquete (previamente doble la hoja y muestre sólo el letrero). Pida al sujeto: Por favor haga lo que dice aquí. () CIERRE SUS OJOS
1	()	Escritura: Presente al sujeto el reverso de la hoja, en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda). ()
	()	Copia del modelo: Muestre el sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja. Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. No tome en cuenta temblor ni rotación). ()
Puntaje total: _____ 24 – 30 puntos = Normal Igual o menor de 23 = Deterioro cognitivo Igual o menor de 17 = Deterioro cognitivo severo		
Evaluador: _____ Supervisor: _____		
Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. En: Consensos Funsalud. México: Funsalud; 1996: 52-53		

ANEXO 2

Escala de Barthel

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA.(ABVD)

<p>BAÑO 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc.) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total</p>	<p>ASEO PERSONAL 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total</p>	<p>VESTIDO 10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar la ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total</p>	<p>ALIMENTACIÓN 10. Independiente 8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve 5. Come solo con supervisión 2. Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0. Dependiente.</p>
<p>IR AL SANITARIO 10. Independiente 8. Supervisión 5. Moderada ayuda 2. Continúa ayuda 0. Dependencia total</p>	<p>MICCIÓN 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia sólo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total</p>	<p>DEPOSICIÓN 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (<1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (colabora algo) 0. Incontinencia y dependencia total</p>	
<p>DEAMBULACIÓN 15. Independiente 12. Supervisión continua o no camina >50 min 8. Ayuda de una persona (Ocasional) 3. Ayuda continua de una persona o más 0. Dependiente</p>	<p>TRASLADO SILLÓN CAMA 15. Independiente 12. Supervisión 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de más personas (no colabora)</p>	<p>ESCALERAS 10. Independiente (al menos sube un piso) 8. Supervisión ocasional 5. Supervisión continua o ayuda ocasional 2. Ayuda continua 0. Incapaz de subir escaleras</p>	
<p><20p= Dependencia Total. 20 y 40=Dependencia severa.</p>	<p>40 y 55 = Dependencia Moderada ≥ 60p= Dependencia Ligera</p>	<p>100p.= Independiente o Autónomo</p>	<p>TOTAL= /100</p>

Fuente: Shan S, et al. J Clin Epidemiol 1989; 42 (8): 703-709.

Evaluador(a): _____

Supervisor (a): _____

ANEXO 3
Escala de Lawton y Brody

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY (AIVB)			
Marca con una X, según la capacidad funcional que observes en el adulto mayor para realizar las actividades abajo descritas			
ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE 2	CON ASISTENCIA 1	DEPENDIENTE 0
1. TELÉFONO.	Capaz de identificar los números y marcar, hacer y recibir llamadas sin ayuda.	Capaz de responder el teléfono, marcar un número en caso de urgencia, pero necesita ayuda para marcar algún número en particular.	Incapaz de usar el teléfono.
2. TRANSPORTE.	Capaz de conducir su propio auto o viajar solo en autobús o taxi.	Capaz de viajar en autobús o taxi, pero acompañado.	Incapaz de viajar en autobús o taxi.
3. COMPRAS.	Realiza todas las compras con independencia.	Realiza todas las compras pero necesita que lo acompañen.	Incapaz de realizar sus compras.
4. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.	Planea, prepara y sirve los alimentos (adecuadamente) solo.	Capaz de preparar comidas sencillas, pero no puede cocinar todos los alimentos solo.	Incapaz de preparar cualquier alimento.
5. QUEHACERES DEL HOGAR.	Capaz de hacer quehaceres del hogar pesados como: fregar los pisos.	Capaz de realizar quehaceres del hogar ligeros (lavar medias o calcetines), pero necesita ayuda con las tareas pesadas.	Incapaz de llevar a cabo cualquier quehacer del hogar.
6. MEDICACIÓN.	Capaz de tomar sus medicamentos en la dosis y tiempos correctos.	Puede tomar sus medicamentos, pero necesita que se lo recuerden o que alguien se los prepare.	No puede responsabilizarse de sus medicamentos.
7. MANEJO DE DINERO.	Maneja los asuntos de dinero con independencia (cobra, elabora cheques, realiza pagos en el banco, realiza sus compras.)	Puede realizar sus compras cotidianas, pero necesita ayuda para elaborar cheques o cualquier trámite de banco y pago de servicios.	Incapaz de manejar su dinero.
		TOTAL	

Fuente: Lawton and Brody. Gerontologist 1969; 179-186.

Calificación:

1			2			3			4			5			6			7		
I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D	I	A	D

I = Independiente A = Con asistencia D = Dependiente

Evaluador (a): _____

Supervisor (a): _____

ANEXO 4
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Influencia de los conocimientos básicos en gerontología sobre la percepción sobre la vejez en el adulto mayor y la familia.

Investigador: Lic. en Enfermería Carlota Mercedes Hernández Rosales
Alumna del Programa de Maestría en Enfermería
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Este estudio ha sido elaborado con la finalidad de conocer la influencia que puede tener el conocimiento gerontológico sobre la percepción de vejez en el adulto mayor y cómo esto pueda afectar o favorecer el cuidado de su salud.

Para lograr este objetivo se impartirá una intervención educativa que no implica daño alguno para el adulto mayor o su familia, misma que ha sido aprobada por las autoridades correspondientes de esta unidad hospitalaria. El procedimiento a seguir en este estudio incluye: 1) responder los cuestionarios sobre conocimientos y percepción sobre la vejez, antes de iniciar la intervención educativa, 2) Participar con su asistencia, intervenciones y actividades educativas, en el curso sobre conocimientos gerontológicos, y 3) responder los cuestionarios sobre conocimientos y percepción de la vejez, una vez concluido el curso. Cualquier duda sobre el estudio puede preguntar a las enfermeras asignadas al Consultorio de Enfermería Gerontológica o la responsable del proyecto, quienes siempre estarán accesibles para atenderlos.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar si así lo desea. Tiene derecho de abandonar el estudio cuando quiera y la relación con el personal de salud de esta institución no se verá en absoluto afectados.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no será publicada durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado, ésta será mantenida en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del participante en el estudio

Fecha

He explicado el estudio a la persona arriba representada y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 5
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

OBJETIVO:

La información solicitada en el siguiente cuestionario es de tipo personal, y será de gran utilidad para establecer estrategias para la implementación de programas enfocados a la promoción de la salud de los adultos mayores derechohabientes del HGZMF No.7 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuautla Morelos. Por tal motivo responda de manera clara, concisa y fidedigna.

INSTRUCCIONES:

Escriba sus datos en las líneas en blanco, y según su respuesta coloque una X dentro del paréntesis elegido.

I. DATOS GENERALES

1. Nombre _____

2. Edad _____ años 3. Sexo () 1. Masculino () 2. Femenino

4. Estado civil

() 1. Soltero () 3. Viudo () 5. Divorciado
() 2. Casado () 4. Unión libre () 6. Separado

5. Escolaridad

() 1. Analfabeta () 4. Secundaria () 7. Licenciatura
() 2. Primaria completa () 5. Preparatoria
() 3. Primaria incompleta () 6. Carrera Técnica () 8. Posgrado

6. Ocupación

() 1. Ama de casa () 4. Oficio () 7. Pensionado
() 2. Obrero () 5. Profesionista () 8. Jubilado
() 3. Empleado () 6. Trabajador independiente

7. Padece de alguna enfermedad?

() 1. Si () 2. No Cuál? _____

8. Actualmente con quién vive?

() 1. Esposo/esposa () 2. Padres () 3. Abuelos () 4. Tíos
() 5. Hijos () 6. Nietos () 7. Sobrinos () 8. Solo/sola
() 9. Otros: Especifique con quién? _____

9. Actualmente convive usted con un adulto mayor?

() 1. Si () 2. No Especifique con quien? _____

10. Si su respuesta es afirmativa, señale con qué frecuencia.

() 1. Todos los días

() 2. Al menos una vez por semana

() 3. Una vez al mes

II. Cuando piensa en un adulto mayor ¿cuáles son las primeras cinco palabras que le vienen a la mente?

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

III. De los siguientes enunciados circule la “F” si considera que la respuesta es falsa o la “V” si es verdadera.

1. **V F** La mayoría de los adultos mayores tienen la enfermedad de Alzheimer.
2. **V F** Cuando las personas envejecen, su inteligencia disminuye de forma importante.
3. **V F** Es muy difícil para los adultos mayores aprender cosas nuevas.
4. **V F** La personalidad cambia con la edad.
5. **V F** La pérdida de memoria es parte normal del envejecimiento.
6. **V F** El tiempo de reacción de los adultos mayores tiende a ser más lento que el de los jóvenes.
7. **V F** La depresión clínica se da con mayor frecuencia en ancianos que en las personas jóvenes.
8. **V F** Los adultos mayores están en riesgo de SIDA/VIH.
9. **V F** El alcoholismo y el abuso de alcohol son significativamente más problemáticos en la población adulta de más de 60 años que en la de menos de 60 años.
10. **V F** Los adultos mayores tienen más problemas para dormir que los adultos jóvenes.
11. **V F** Los adultos mayores son el grupo que tienen la más alta tasa de suicidio.
12. **V F** La presión sanguínea aumenta con la edad.
13. **V F** Los adultos mayores transpiran menos, entonces son más propensos a padecer fiebre.

-
-
14. **V F** Todas las mujeres desarrollan osteoporosis cuando envejecen.
 15. **V F** La altura de las personas tiende a disminuir en la vejez.
 16. **V F** La fuerza física disminuye en la vejez.
 17. **V F** Muchos adultos mayores pierden la capacidad y el interés en las relaciones sexuales.
 18. **V F** La capacidad de la vejiga disminuye con la edad, lo cual provoca incontinencia urinaria.
 19. **V F** La función del riñón no se afecta con la edad.
 20. **V F** Cuando las personas envejecen, aumenta más el estreñimiento.
 21. **V F** Los cinco sentidos (oído, olfato, tacto, gusto, vista) tienden a disminuir con la edad.
 22. **V F** Cuando las personas viven más tiempo, se enfrentan a menos estados agudos y más estados crónicos de salud.
 23. **V F** La mayoría de los ancianos (adultos mayores) viven solos.
 24. **V F** Los adultos mayores tienen menos temor hacia la muerte que los jóvenes o adultos de mediana edad.
 25. **V F** La gente de 60 años de edad son el 20% de la población de México.
 26. **V F** Cada vez más adultos mayores están viviendo en asilos o clínicas de reposo.
 27. **V F** La proporción de los viudos ha disminuido entre los ancianos.
 28. **V F** La esperanza de vida de los hombres de más de 60 años es la misma que la de las mujeres.
 29. **V F** La mayoría de los ancianos (adultos mayores) son enojones e irritables.
 30. **V F** La pensiones y las jubilaciones son una carga social.
 31. **V F** Vivir debajo o cerca del nivel de pobreza no es un problema importante para muchos ancianos (adultos mayores).
 32. **V F** Muchos ancianos (adultos mayores) que conducen son capaces de manejar un vehículo de forma segura.

-
-
33. **V F** Los adultos mayores no pueden trabajar tan efectivamente como los trabajadores jóvenes.
 34. **V F** Muchos adultos mayores (son conservadores) están preparados a su manera y es imposible que cambien.
 35. **V F** La mayoría de los adultos mayores son aburridos.
 36. **V F** En general los adultos mayores son semejantes en su forma de ser.
 37. **V F** Los adultos mayores de más de 60 años tienen una tasa más alta de ser víctimas que las personas menores de 60 años.
 38. **V F** Las personas mayores tienden a ser más religiosas cuando van envejeciendo.
 39. **V F** Los adultos mayores de más de 60 años tienen más miedo de un crimen que las personas de menos de 60 años.
 40. **V F** Los adultos mayores no se adaptan tan bien como los jóvenes cuando los reubican en un nuevo ambiente.
 41. **V F** La participación en organizaciones voluntarias (iglesias y clubes) tiende a disminuir entre los adultos mayores.
 42. **V F** La mayoría de los adultos mayores se sienten miserables la mayor parte del tiempo.
 43. **V F** La geriatría es una rama de la medicina.
 44. **V F** Todas las escuelas de medicina requieren que los estudiantes tomen cursos de geriatría y gerontología.
 45. **V F** El abuso de adultos mayores no es un problema significativo en México.
 46. **V F** Los adultos mayores ejercen más el voto que cualquier otro grupo.
 47. **V F** Los adultos mayores tardan más en recuperarse del estrés físico y psicológico.
 48. **V F** Cerca del 80% de los adultos mayores son lo suficientemente saludables para realizar sus actividades normales.
 49. **V F** Los adultos mayores del sexo femenino muestran mejores prácticas en el cuidado de su salud que los adultos mayores del sexo masculino.

50. **V F** La capacidad pulmonar tiende a disminuir con la edad.
La clasificación de los ítems es de la siguiente forma:

- Aspectos sociales propios de la población: 37, 38, 45 Y 46
- Prejuicio negativo: 1-3-17-23-26-27-29-31-32-33-34-35-41-42-48
- Prejuicio positivo: 6-15-16-18-21-22-38- 39-46-50
- Conocimiento:2-4-5-7-8-9-10-11-12-13-14-19-20-24-25-28-30-36-37- 40-43-44-45- 47-49

- Si las preguntas de prejuicio son contestadas incorrectamente existe prejuicio tanto en negativo como en positivo

Respuestas Palmore

1. F
2. F
3. F
4. F
5. F
6. V
7. V
8. V
9. F
10. V
11. F
12. V
13. V
14. F
15. V
16. V
17. F
18. V
19. F
20. F
21. V
22. V
23. F
24. V
25. F
26. F
27. F
28. F
29. F
30. F
31. F
32. V
33. F
34. F
35. F
36. F
39. F
40. F
41. F
42. F
43. V
44. V
47. V
48. V
49. V
50. V

ANEXO 6
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

OBJETIVO:

La información solicitada en el siguiente cuestionario es de tipo personal, y será de gran utilidad para establecer estrategias para la implementación de programas enfocados a la promoción de la salud de los adultos mayores derechohabientes del HGZMF No.7 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuautla Morelos. Por tal motivo responda de manera clara, concisa y fidedigna.

INSTRUCCIONES:

Escriba sus datos en las líneas en blanco, y según su respuesta coloque una X dentro del paréntesis elegido.

I. DATOS GENERALES

1. Nombre _____

2. Edad _____ años 3. Sexo () 1. Masculino () 2. Femenino

4. Estado civil

() 1. Soltero () 3. Viudo () 5. Divorciado
() 2. Casado () 4. Unión libre () 6. Separado

5. Escolaridad

() 1. Analfabeta () 4. Secundaria () 7. Licenciatura,
() 2. Primaria completa () 5. Preparatoria
() 3. Primaria incompleta () 6. Carrera Técnica () 8. Posgrado

6. Ocupación

() 1. Ama de casa () 4. Oficio () 7. Pensionado
() 2. Obrero () 5. Profesionista () 8. Jubilado
() 3. Empleado () 6. Trabajador independiente

7. Padece de alguna enfermedad?

() 1. Si () 2. No Cuál? _____

8. Actualmente con quién vive?

() 1. Esposo/esposa () 2. Padres () 3. Abuelos () 4. Tíos
() 5. Hijos () 6. Nietos () 7. Sobrinos () 8. Solo/sola
() 9. Otros: Especifique con quién? _____

9. Actualmente convive usted con un adulto mayor?

() 1. Si () 2. No Especifique con quien? _____

10. Si su respuesta es afirmativa, señale con qué frecuencia.

() 1. Todos los días

() 2. Al menos una vez por semana

() 3. Una vez al mes

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

1. Solitario

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

2. Bondadoso

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

3. Cariñoso

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

4. Generoso

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

5. Confiado

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

6. Machacones/Insistentes

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

7. Maniáticos

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

8. Sencillos

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

9. Achacosos

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

10. Lentos

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

11. Sabios

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

12. Malhumorados

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

13. Chismosos

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

14. Pesimistas

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

15. Irritables

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

16. Preocupados

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

17. Pacientes

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

18. Sinceros

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

19. Susceptibles

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

20. Pesados

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

21. Infantiles (se comportan como niños)

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

22. Caprichosos

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

23. Sociables

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

24. Respetables

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

25. Chochos

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

26. Comprensivos

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

27. Divertidos

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

28. Útiles

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

29. Flexibles

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

30. Parlanchines

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

31. Rabo verde

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

32. Cansado

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

33. Necio

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

34. Ideático

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

ANEXO 7

CURSO SOBRE CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN GERONTOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

A partir del análisis y de la reflexión, proporcionar al adulto mayor y a la familia conocimientos teóricos relacionados con los determinantes del proceso salud-enfermedad durante la vejez, así como las acciones que contribuyen al mantenimiento de la funcionalidad física, mental, social y a la calidad de vida en esta etapa.

DURACIÓN DEL CURSO: 40 horas

LIMITES DE TIEMPO Y ESPACIO: El curso se impartió durante 20 semanas, una vez por semana, en sesiones de 2 horas.

INSTALACIONES: Aula de enseñanza del Hospital General de Zona con medicina familiar No. 7, Cuautla, Morelos.

RECURSOS HUMANOS:

- Alumna del Programa de Maestría ENEO-UNAM
- Participantes en el estudio: 40 adultos mayores
- Personal de enfermería que labora en el módulo de atención al adulto mayor sano, HGZ con MF No. 7, Cuautla Morelos.

RECURSOS FÍSICOS:

- Instalaciones de del Hospital General de Zona con medicina familiar No. 7, Cuautla, Morelos.
- Instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, FES Zaragoza, aula de maestría, biblioteca.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuestionarios
- Material fotocopiado
- Lápices, papel bond, sacapuntas, plumas, etc.

-
-
- Libros de consulta
 - Computadora
 - Impresora
 - Internet
 - Rotafolio
 - Pizarrón

RECURSOS FINANCIEROS:

- Financiado por la alumna

CONTENIDO TEMÁTICO

8 de Marzo de 2007

- Gerontología comunitaria
- La salud y la enfermedad durante el envejecimiento.

13 y 15 de Marzo 2007

II. Biología del envejecimiento

- Cambios biológicos durante el envejecimiento

20 de Marzo de 2007

- Antioxidantes y radicales libres

III. Enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento

27 de Marzo de 2007

- Diabetes mellitus
- Cáncer (neoplasias malignas)

29 de Marzo de 2007

- Hipertensión arterial sistémica
- Hipertensión arterial ortostática

10 de Abril se 2007

- Estreñimiento
- Osteoartrosis
- Osteoporosis

12 de abril de 2007

-
-
- Depresión
 - Demencias

17 de Abril de 2007

- Enfermedad vascular cerebral
- Padecimientos bucodentales

19 de Abril de 2007

- Caídas
- Riesgos de la automedicación durante el envejecimiento

24 de Abril de 2007

IV. Acciones para la promoción de la salud

Alimentación y nutrición durante el envejecimiento

26 de Abril de 2007

- Ejercicio físico durante el envejecimiento

3 de Mayo de 2007

- Higiene personal durante el envejecimiento
- Higiene del sueño

8 de Mayo de 2007

- Ley de los derechos de las personas adultas mayores

15 de Mayo de 2007

- Redes de apoyo social
- Tiempo libre durante el envejecimiento

17 de Mayo de 2007

- Tanatología

22 de Mayo de 2007

- Cuidados para el adulto mayor sano en el hogar

24 de Mayo de 2007

- Cuidados para el adulto mayor enfermo en el hogar

29 y 31 de Mayo de 2007

- Aplicación de cuestionarios para la medición final.

INSTRUCTORA: Lic. en Enf. Carlota Mercedes Hernández Rosales