



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



EVALUACIÓN DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LOS ADULTOS MAYORES SOBRE VEJEZ EN FUTUROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Autora:
Rosario Tuzzo

Tutora:
Prof. Mag. Miriam Costabel

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

Dedico esta tesis a Cony, mi madre.

Dedico agradecimientos a todos los colaboradores participantes en el estudio
y muy especialmente a mi madre María Esperanza y mi hijo Álvaro y
Gabriel por su apoyo y colaboración en todo momento y a mi familia
por su apoyo y comprensión.

INDICE

PÁGINAS

Resumen 1

1. Introducción 1

AGRADECIMIENTOS

2. Justificación del estudio 10

Deseo agradecer a todos los estudiantes participantes en el estudio.

Y muy especialmente a mi tutora Miriam Costabel, sin cuyo apoyo y estímulo permanente, no hubiese podido finalizar esta tesis y con la misma cerrar un ciclo de mi vida profesional.

3.3. Estadísticas y datos 31

3.4. Ejercicios, Preguntas y Discusiones 37

4. Objetivos 43

5. Metodología 50

5.1. Tipo de Estudio 50

5.2. Sujetos 51

5.3. Definiciones, Operaciones y Alícuotas 51

5.4. Descripción de los Instrumentos 52

5.5. Plan de análisis 52

6. Resultados 57

6.1. Características de la muestra 57

6.2. Evaluación por forzosa y global 58

INDICE

	PÁGINAS
Resumen.....	6
1. Introducción.....	8
2. Justificación del estudio.....	10
3. Marco teórico.....	14
3.1. Envejecer en Uruguay.....	14
3.2. Concepto de Estereotipo.....	25
3.3. Estereotipos y Vejez.....	31
3.4. Estereotipos- Prejuicios y Discriminación.....	37
4. Objetivos.....	49
5. Metodología.....	50
5.1. Tipo de Estudio.....	50
5.2. Sujetos.....	50
5.3. Definiciones operacionales y variables.....	51
5.4. Recolección de datos-Instrumento.....	52
5.5. Plan de análisis.....	53
6. Resultados.....	55
6.1. Características de la muestra.....	55
6.2. Puntuación por factor y global.....	58

6.3. Resultados factor salud.....	60
6.4. Resultados factor motivacional social.....	63
6.5. Resultados factor carácter personalidad.....	65
6.6. Relación entre variables.....	67
7. Discusión.....	70
8. Conclusiones.....	82
9. Bibliografía.....	87
10. Anexos.....	98
10.1. Cuestionario.....	99
10.2. Consentimiento informado.....	102
10.3. Base de datos.....	103

RESUMEN

El propósito de este estudio consiste en conocer los estereotipos hacia el **Adulto Mayor (AM)**, que presentan futuros profesionales de la salud que cursan sus carreras en la Universidad de la República. (Enfermería, Fisioterapia y Psicomotricidad).

Su relevancia radica en que sus resultados beneficiarán, en primer lugar, a las Instituciones formadoras dado que el conocimiento obtenido permitirá implementar propuestas formativas innovadoras. En segundo lugar, a las personas mayores, donde aspiramos contribuya al incremento de la calidad asistencial y valoración de esta etapa vital por parte de los profesionales sanitarios. Y en tercer lugar, en relación a los estudiantes, que contribuya a mejorar la percepción que tienen acerca del proceso de envejecimiento y de la vejez.

El Estudio se corresponde con un diseño cuantitativo no-experimental, de corte descriptivo. Los participantes son 78 estudiantes de ciencias de la salud; de ambos sexos, provenientes de diferentes localidades del país y de edades comprendidas entre los 20 a 28 años. El instrumento de recolección de datos ha sido el Cuestionario de Estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).

Los resultados evidencian la presencia de estereotipos negativos en los estudiantes de la muestra relevada, que enfatizan los aspectos patológicos del envejecimiento.

Se ven incrementados aquellos estereotipos vinculados a la salud mental (*deterioro cognitivo, pérdida de memoria, desorientación y confusión*) y al deterioro de la salud física y capacidad funcional. También se aprecia una predisposición a infantilizar el trato con las personas mayores y a equiparar el proceso de envejecimiento a un proceso de retorno a la niñez.

Palabras clave: adulto mayor, estereotipos, salud mental.

Este fenómeno ideológico que es expresión del desarrollo socio-sanitario ha sido identificado a la vez como una de las principales causas de la crisis del sistema de salud mexicano.

Para el nivel de envejecimiento demográfico en país mantiene un déficit de servicios de apoyo para la atención de los adultos mayores (AM), fundamentado en un déficit estructural de recursos humanos y capacidad técnica. Las acciones dirigidas a los AM son insuficientes y no cubren el número real de casos, se limita el acceso al sistema de salud, se reducen las opciones de salud preventiva y se restringen actividades recreativas, existiendo además una alta estigmatización social y laboral de quienes padecen estas afecciones (González, 2002; Ferrández, 2005; Ferrández y Rodríguez, 2007).

Las fuertes relaciones que salud y fundamentalmente la Salud Mental, se encuentran presentes, especialmente el caso de los AM a programas de promoción de salud de carácter integral y al desarrollo de programas específicos para AM con discapacidades, para lo que es necesaria la formación de recursos humanos y la actualización permanente de los profesionales que ya se encuentran trabajando en el área, así como el fortalecimiento de la investigación y del trabajo de equipo interdisciplinarios (Ferrández, Rodríguez, 2002; MSP, 2005, 2007).

1. INTRODUCCIÓN

Uruguay es el país más envejecido de América Latina con un 17.7% de su población mayor de 60 años (Censo Fase I, 2004), elevándose en Montevideo a un 19%, ciudad que concentra el 50% de las personas mayores del país (INE, 2004).

Este fenómeno demográfico que es expresión del desarrollo socio-sanitario, ha sido identificado a la vez como una de las principales causas de la crisis en el sistema de salud uruguayo.

Pese al nivel de envejecimiento demográfico, el país mantiene un déficit crónico de Servicios de apoyo para la atención de los adultos mayores (AM), funcionando en cambio sistemas informales de acuerdo a la capacidad familiar. Las acciones dirigidas a los AM son insuficientes y no exponen el esperado nivel de avance, el énfasis se centra en la seguridad social, en los cuidados de salud curativos y en algunas actividades recreativas, descuidando otros ámbitos del desarrollo individual y grupal y el trabajo con la comunidad. (Huenchuan y Paredes, 2006)

Los temas relacionados a la salud y fundamentalmente a la Salud Mental, se consideran prioritarios, especialmente el acceso de los AM a programas de promoción de salud, de atención integral y el desarrollo de programas específicos para AM con discapacidad, para lo que es necesaria la formación de recursos humanos y la actualización permanente de los profesionales que ya se encuentran trabajando en el área, así como el fortalecimiento de la investigación y del trabajo en equipos interdisciplinarios. (Fernández- Ballesteros, 2002; MSP , 2005, 2007)

El presente trabajo apunta a detectar las representaciones existentes bajo la forma de estereotipos en estudiantes universitarios en torno al tema del envejecimiento y la vejez apuntando a desarrollar conocimientos en el área que incidan en la formación de los recursos en salud, desde un enfoque integral en salud mental, promotor de los factores de protección del colectivo de adultos mayores.

En estos últimos años se han desarrollado diferentes investigaciones que intentan explicar la necesidad de esas "fuentes de sabiduría" para poder funcionar a pesar de la propia vejez y, finalmente, de la vejez misma en relación con poder y poderío.

La investigación sobre este proceso y con el fin de probarlo en el contexto colombiano, la término "el caso" más en "masa", equivalente a "pasivo", "gasión", "deprimido", "entendido", "masa", "masa", "masa" y "masa" "descartado" para la siguiente (García, 1996).

Este trabajo muestra la relevancia en el estudio sobre los estereotipos culturales asociados a la vejez, dado que cubren una amplia zona de los conceptos culturales y también una función de primer orden en la construcción de la identidad social.

La no consideración del AM como un recurso productivo es la razón de la falta de atención al mito de la vejez como experiencia y en tanto los individuos se contentan y resignan con el mito que otros piensan que la vejez la produce ser así.

Esta tendencia denominada "mito de la vejez" (Rosenthal y Jacobson, 1967) muestra cómo los individuos se comportan y desempeñan sus roles como si otros piensan que lo harán.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Décadas atrás los AM gozaban de una indiscutible posición en la sociedad, ejerciendo una permanente influencia dado que constituían una valorada fuente de experiencia y conocimiento.

A ellos se recurría para resolver las diferentes contrariedades del diario vivir. La sociedad necesitaba de esas "fuentes de sabiduría" para poder funcionar y debido a la propia edad y experiencia, dicha influencia era ejercida con poder y respeto.

La industrialización alteró este proceso y con el énfasis puesto en el desarrollo económico, el término "anciano" mutó en "viejo", equiparado a "pasivo", "gastado", "dependiente", "enfermo", "triste", "solo", "inservible" y hasta "descartable" para la comunidad (Belsky, 1996)

Este trabajo, considera de relevancia el estudio sobre los estereotipos implícitos asociados a la vejez, dado que cubren una amplia zona de las creencias sociales y tienen una función de primer orden en la construcción de la identidad social.

La no consideración del AM como un miembro productivo de la sociedad, ha traído aparejado el mito de la profecía auto cumplida y en tanto los individuos se comportan y desempeñan del modo que otros piensan que lo harán, la profecía se cumple.

Este fenómeno denominado "efecto Pigmalión" (Rosenthal y Jacobson, 1968) muestra como los individuos se comportan o desempeñan del modo que otros piensan que lo harán.

Para Fernández - Ballesteros (2002) en distintos trabajos científicos se ha puesto de manifiesto, que tanto la gente común como los profesionales que se ocupan de los AM, tienen una serie de conceptos apriorísticos acerca de los mismos que en su mayoría son negativos.

Socialmente, se supone que vejez es equivalente a deterioro intelectual, enfermedad física e incapacidad funcional entre otros. Así se evidencian falsas concepciones, que obedecen probablemente más a generalizaciones de una vejez patológica, que a la vejez y envejecimiento normales.

Naciones Unidas (2002) reconoce este hecho y recomienda el desarrollo de programas dirigidos a los profesionales que trabajan con adultos mayores y también a los propios AM y sus familias, para encarar estos estereotipos que están vinculados a prejuicios negativos y que terminan volviéndose profecías que se auto cumplen.

El presente estudio, tiene como objetivo, identificar los estereotipos acerca de la vejez en estudiantes de tres carreras de la salud, Las licenciaturas en Enfermería, Fisioterapia y Psicomotricidad, dado que los mismos determinan actitudes hacia los mayores.

Tanto en la interacción social, como en el relacionamiento profesional, los estereotipos miden las conductas de las personas, mostrando así la imagen que se tiene sobre determinado grupo, imagen que incide directamente en su calidad de vida. Siguiendo a Savio, et al. (2004), entendiendo por calidad de vida "el grado de bienestar físico, mental, social y funcional que una persona mayor tiene y percibe y que se expresa en satisfacción y autorrealización para esa persona o grupo de personas".

Consideramos importante detectar estos estereotipos en estudiantes universitarios, ya que ello incidirá directamente en la calidad de la atención que presten a los AM, como también será determinante de las particularidades y concepciones, acerca de su propio proceso de envejecimiento.

En una investigación desarrollada por R. Fernández – Ballesteros y colaboradores en el año 2002, se concluyó que una adecuada formación en el terreno de la vejez y envejecimiento, unida a una mayor experiencia de campo, posibilita a los profesionales sostener una actitud más positiva hacia la vejez y envejecimiento. En esta misma línea, los trabajos de Cacabelos, 2000, afirman los aportes de los estudios gerontológicos.

En la línea de la investigación mencionada, el aporte del presente estudio, permitirá diseñar intervenciones a nivel de la educación y de la salud que posibiliten afrontar el fenómeno de una sociedad envejecida, intentando rescatar el valor de la vejez y envejecimiento para la sociedad.

Consideramos que el presente trabajo constituye una contribución original y aporte para los planes en la formación gerontológica de grado y post grado, de los profesionales sanitarios, que consideramos se debe realizar en interdisciplina.

Cobra así relevancia, la importancia del cambio de paradigma en salud, de atención - curación, a promoción y educación. Apuntando a la calidad de vida desde la propia formación, ya que vivir es envejecer. Y al desarrollo de estilos de vida saludables, con el propósito de fortalecer el envejecimiento productivo, prolongando así la vida activa del AM.

En este sentido, Savio et al (2007) en el Manual: "Protocolos para el Manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos"

enfatan el valor de la prevención y la promoción de la salud en las personas mayores, para lo cual es necesario cumplir con una serie de objetivos, los que transcribimos a continuación:

3.1. ENVEJECER EN URUGUAY

- Garantizar una atención integral completa y continua.
- Prevenir o retardar la presentación de enfermedades o discapacidad que permita incrementar la expectativa de vida.
- Prevenir el deterioro físico y mental.
- Prolongar el período de vida independiente.
- Potenciar la calidad de vida.

En dicho Manual, (Savio et al 2007) se proponen una serie de actividades a desarrollar de las que destacamos la educación y capacitación de las propias personas mayores, sus familiares, cuidadores y personal de salud, así como la preparación de campañas nacionales orientadas a la integración intergeneracional. El desarrollo de programas de envejecimiento activo, la organización de actividades culturales y recreativas.

Otro aspecto al cual se le atribuye capital importancia es a la actitud con la que enfrentan la vida las personas mayores, sus propósitos, la búsqueda de experiencias significativas y satisfactorias, enfatizándose también en esta etapa la importancia del ejercicio físico (Savio et al,2007). Elementos todos que entendemos contrarrestan la percepción negativa del envejecimiento y la vejez.

3. MARCO TEÓRICO

3. 1. ENVEJECER EN URUGUAY

El incremento de la esperanza de vida, ha colocado al envejecimiento de la población en el tapete internacional, destacando una realidad del siglo XXI, denominada " *era de la longevidad*", lo cual trae aparejado la necesaria reorganización de los recursos de las sociedades: económicos, de seguridad social, de salud y de educación como medio de promover un envejecimiento saludable y productivo (CELADE- CEPAL, 2004, 2007).

La población del planeta ha comenzado a transformarse en una población envejecida y ello en un mundo dominado por las desigualdades sociales, pobreza y procesos de exclusión, lo cual evidencia que el hecho de vivir más años, no significa mayor calidad de vida (CELADE- CEPAL, 2004, 2007).

En el correr del siglo XX, el desarrollo científico - tecnológico, junto a otros factores sociales y económicos, llevaron progresivamente al aumento de la esperanza de vida de las personas, redimensionando y reformulando estas preocupaciones desde el plano institucional, político y social (Perlado, 2003).

Si bien la vejez y el envejecimiento han sido preocupación existencial para la humanidad de todos los tiempos, el incremento a nivel mundial, de las personas de más de 65 años para los próximos decenios, ha consolidado el interés en investigar acerca de esta realidad (Berriel, Pérez y Rodríguez, 2011).

Para los países como Uruguay en los que el aumento de la esperanza de vida, unido a la emigración de sectores en edad reproductiva y a un importante descenso en la tasa de natalidad, se torna aún más imperioso el

trabajo sobre esta temática de una forma sistemática, interdisciplinaria e interinstitucional. (MSP, 2005; Varela, 2008)

En este contexto, Uruguay con una población de 3.399.438 habitantes, presenta unas 589.000 personas mayores de 60 años, lo que equivale a un 17.7% de su población siendo uno de los países que presenta la población más envejecida de América (INE, 2004).

Esta situación marca una singularidad en la región y prácticamente en el mundo: una población envejecida similar a la de los países desarrollados, dentro de una estructura socio - económica, sanitaria y organizacional de país subdesarrollado. Este hecho señala el gran desafío social y político para lograr una mejor calidad de vida de la población (Rodríguez y Rossel, 2009; Paredes et al, 2010).

Según CEPAL (2000) se sostiene, que sólo un 4.2% de la población uruguaya de 55 años o más envejece de forma ideal. Este estudio revela que existen cuatro formas de envejecer en Uruguay:

1. **Envejecimiento ideal.** En esta categoría se encuentra del 4.2% de las personas mayores de 55 años. Son personas que no sufren enfermedades crónicas, que evalúan positivamente su estado de físico, llevan un estilo de vida positivo, poseen elevada autoestima, gozan de una alta sensación de bienestar y están socialmente integrados. D'aquino et al. (2008) confirman esta forma exitosa de envejecer diferente a los otros tres tipos. Por otra parte Dulcey en investigaciones en Colombia acerca de calidad de vida en personas mayores sostiene también la existencia de esta forma de envejecer promovida tanto por el medio como la propia persona que envejece. (Dulcey, 2006).

Esta población constituye la prueba y debe ser un referente de la posibilidad de *envejecer en condiciones óptimas*, para lo que hay que modificar conductas de riesgo y corregir la imagen negativa de la vejez como sinónimo de enfermedad y dependencia.

2. **Envejecimiento activo.** Comprende al 3.7% de la población mayor de 55 años. Aunque poseen enfermedades crónicas, presentan un *muy buen estado de salud y características favorables similares a los del grupo anterior.*

3. **Envejecimiento habitual.** Representa un 87.7% de los adultos mayores. Son personas que sufren o no una enfermedad crónica, llevan una vida positiva por un lado y negativa por el otro. Vinculado a estilos de vida y a la dimensión personal social como características de *relacionamiento social*, aspectos susceptibles de ser modificados ya que dependen de la propia conducta.

Esta población tiene alta capacidad funcional para desempeñar actividades cotidianas, pero una sensación de bienestar baja. Llevan una vida sedentaria, no percibiendo cambios en la misma, por lo que se avanzará hacia una vejez patológica.

4. **Envejecimiento patológico.** Comprende al 4.4% de los mayores de 55 años y son todos sujetos dependientes. Tiene una baja o nula capacidad funcional y una baja autoestima.

En este estudio se destaca la necesidad de incorporar comportamientos saludables desde muy temprano para lograr una vejez positiva y sobre todo, cambiar el concepto de ancianidad que tienen los propios mayores. De lo contrario la baja autoestima unida al sedentarismo, generará incapacidades que tenderán a cronificarse (CEPAL, 2000)

En el año 2005 un grupo de trabajo Interdisciplinario convocado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), e integrado por Instituciones vinculadas a la temática del adulto mayor, formuló un informe relacionado a la reconversión del modelo de atención a la salud, del cual se extrajeron los siguientes datos:

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de las Américas con un 17.7% de su población mayor de 60 años y 13.4% mayor de 65 años (Censo Fase 1, 2004).

En Montevideo se concentra casi el 50% de los adultos mayores del país alcanzando este grupo el 19% de la población capitalina (INE, 2004).

Los mayores de 75 años, que constituyen un subgrupo más frágil y vulnerable, alcanzarán el 40% de los mayores de 65 años para el año 2025. Ellos incluyen aquellos que podrían llegar a asociar problemas médicos y sociales complejos, grados variables de declinación funcional y tener necesidades de cuidados continuos y de larga duración.

En la actualidad entre un 20% y un 30% de los adultos mayores de 65 años en la comunidad padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, transferencia sillón - cama, deambular, etc.)

Una de las razones esgrimidas, es el escaso énfasis puesto en la prevención y en la promoción de la salud en los períodos de edad previos. Fundamentalmente en la llamada fase de transición comprendida entre los 55 y 64 años (CEPAL, 2000).

Este envejecimiento poblacional se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares

potenciales, esto se expresa en la razón de dependencia, que de 100 cuidadores potenciales cada 55 adultos mayores existentes en el año 1995, se pasará a 100 cuidadores potenciales por cada 93 adultos mayores en el año 2025

Montevideo y Canelones, son las localidades que presentan los mayores índices de envejecimiento poblacional de Uruguay (MSP 2005).

En un medio donde la familia no dispone de sistemas socios sanitarios integrados, capaces de asegurar una continuidad de los cuidados en la comunidad, la integración de la mujer al mundo laboral, ha significado también una disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables.

Por lo anteriormente mencionado, en Montevideo se incrementan estas dificultades y carencias agudizándose la ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas) que proporcionen soporte a las familias en la comunidad.

Esta situación, ha derivado en un crecimiento de la población anciana en instituciones de larga estancia: residencias, "casas de salud", hogares de ancianos, registradas en el Ministerio de Salud Pública y otras no registradas, aún cuando en los últimos años y por diferentes denuncias realizadas en los medios masivos de comunicación se han incrementado los controles de las mismas, aún se considera insuficiente (Cavasin y Dauria, 2005).

Del 5% al 7% de los adultos mayores viven en estas instituciones de larga estancia. El 90% de esta población se encuentra en el sector privado con

fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas (MSP, 2005).

Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales, tanto si son independientes y auto válidos como si requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana.

Tomando en cuenta las cuatro áreas mencionadas, la condición global de salud de las personas adultas mayores es muy heterogénea en tanto existe una diferenciación progresiva de los individuos en el proceso de envejecimiento, según las condiciones en las que se envejece.

Si bien la mayoría son personas independientes y socialmente integradas a la comunidad, un porcentaje creciente padece diversos grados de pérdida de su autonomía y discapacidad física o mental.

La satisfacción integral de sus necesidades, merece entonces respuestas heterogéneas (sanitarias, sociales, habitacionales y otras), que den cuenta de estos requerimientos conforme cambia la condición de la persona.

Según informes realizados por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2005) y por los investigadores uruguayos Cavasin y Dauria (2005) la atención de los mayores en Uruguay adolece de deficiencias, a saber: los cuidados sanitarios se focalizan en pacientes agudos y hospitalarios, la atención es fragmentada y carece de énfasis en prevención, promoción de salud y rehabilitación. No existen estrategias basadas en la comunidad, ni una adecuada integración de los servicios sanitarios, contando por otra parte con magros recursos sociales.

Para Rodríguez y Rossel (2009) tanto para Uruguay, como para la región "el proceso de envejecimiento poblacional planteará los principales desafíos

demográficos del futuro". Estos desafíos los autores los refieren al cambio en el *paradigma sanitario con un énfasis en lo preventivo* y a las necesarias modificaciones en los sistemas de jubilaciones y pensiones.

Se desprende de los párrafos anteriores, el ineludible desarrollo de una estrategia específica, en el marco de la reconversión del modelo de atención a la salud, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención y la promoción de respuestas integrales, continuas y progresivas capaces de *asegurar calidad de vida para los adultos mayores cualquiera sea su condición* (Cavasín y Dauría, 2005; Rodríguez y Rossel 2009).

También se debe trabajar sobre el aseguramiento de la calidad y la mejora continua de los servicios para los AM que deben sustentarse en una adecuada formación y competencia de quienes los prestan. Incorporando protocolos que permitan evaluar de forma constante la competencia, seguridad, accesibilidad, eficiencia, satisfacción de usuarios, y continuidad de las atenciones y programas.

Una meta debería ser el desarrollo y difusión de estándares de práctica profesional y una capacitación continua de los recursos humanos en los diversos sectores implicados, tanto en los cuidados formales como hacia el cuidado informal en la familia y entorno del mayor (MSP, 2005).

Con ésta perspectiva integral, los tipos de apoyos a desarrollar deben ser diversos e implicar sectores que se extiendan más allá del sector salud. Educación (formación de personal para una sociedad que envejece), soluciones habitacionales (vivienda: hábitat y servicios, apropiados y accesibles para promover la salud), transporte (para promover la participación y movimiento e el acceso a bienes culturales), servicios sociales y legales.

Implementar estos cambios en la formación de los RRHH en salud no es sencillo, se debe realizar en forma progresiva introduciendo modificaciones en las curriculas de grado y postgrado, lo cual requiere de coordinaciones entre los diferentes actores que trabajan con AM y también requiere del incremento en investigaciones interdisciplinarias en torno al tema y fundamentalmente de voluntad política para hacerlo (Leopold, 1999).

Huenchuan y Paredes en un trabajo del año 2006 manifiestan que llama la atención que siendo Uruguay uno de los países más envejecidos de la región, las acciones dirigidas hacia las personas mayores (entre las que destacan las provenientes de diferentes Secretarías, Comisiones, Ministerios, Banco de Previsión Social BPS, Intendencias Municipales y otros) no "exponen el esperado nivel de avance..."

Para éstas autoras, el énfasis se ha centrado en "la seguridad social, los cuidados de salud curativos y algunas actividades recreativas, descuidándose otros ámbitos del desarrollo individual y grupal en esta etapa de la vida" (Huenchuan y Paredes, 2006).

Agregan, que el país cuenta con iniciativas estatales tan "encanecidas como su población", aun cuando la sociedad confía en que en un futuro se pueda hacer más y con mayor grado de creatividad.

En el estudio prospectivo que realizaron, se apunta a diseñar escenarios futuros para los ancianos uruguayos, planteando tres temas prioritarios:

1. La seguridad económica, que implica cobrar una pensión digna que les permita cubrir sus necesidades.

2. En materia de salud, incorporarse a programas preventivos que promuevan una vida activa acompañada de capacidades físicas y cognitivas plenas.

3. Contar con entornos que permitan la participación de los adultos mayores, que se involucren en la vida cotidiana de sus comunidades y del país de forma más visible.

Es de destacar que los ancianos uruguayos no tienen una participación visible como ocurre en otros países. Para que esto sea posible, debe invertirse en infraestructura urbana, que haga la ciudad más amigable para los AM, contemplando servicios adaptados a sus necesidades e intereses, transporte que les permita desplazarse en forma segura, viviendas que proporcionen comodidad y apoyo facilitando así su vida cotidiana.

En el estudio citado se priorizan cinco objetivos:

- promoción de una imagen positiva y no discriminatoria de la vejez.
- adaptación del transporte y del espacio urbano.
- desarrollo de nuevas alternativas de convivencia para los adultos mayores.
- fortalecimiento de las redes de apoyo.
- establecimiento de un marco jurídico para ampliar la protección de los derechos en la vejez.

"Se espera que en treinta años más, la imagen del envejecimiento supere los estereotipos negativos que nada tienen que ver con la realidad". Para ello, consideran que se debe transitar hacia una sociedad más solidaria, desde un punto de vista intergeneracional y de integración social (Huenchuan y Paredes, 2006).

Proponen que en las prácticas cotidianas debe imponerse el derecho a la no discriminación, reconocer socialmente que los mayores son fuente de transmisión cultural y por tanto de identidad nacional.

También se les debe de garantizar mejores condiciones de vida, proporcionándoles un adecuado acceso a diferentes servicios, eliminado aquellas barreras urbanas que les impidan disfrutar de ellos.

Mediante estrategias educativas y campañas en los medios de comunicación, se deben difundir todas las acciones realizadas, que posibiliten el fortalecimiento de las redes y la promoción de los derechos en la vejez.

Al este respecto la Universidad de la República está llamada a jugar un papel importante en la promoción de estilos de vida saludables.

Apoiada en sus objetivos estratégicos y sus pilares fundamentales como la investigación, la docencia, la extensión a la comunidad y la formación continua; debe retribuir a la comunidad promoviendo la utilización del conocimiento que contribuya a la solución de problemas sociales y a la mejora de la calidad de vida de la población (PLEDUR, 2001).

Acorde a los postulados de la Organización Mundial de la Salud, en un marco que interrelaciona Derechos Humanos, Bienestar y Salud sosteníamos en un trabajo anterior, Tuzzo (2009) que *"el envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el cumplimiento de los compromisos internacionales sobre Derechos Humanos por parte de los Estados, que deben actuar como garantes de los mismos, tutelándolos, protegiéndolos, de forma de garantizar una vejez digna y segura"* .

Para la OMS (2009) "la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad".

Con especial referencia a la salud mental, se deben tomar en cuenta en el bienestar subjetivo, aspectos como: autonomía, competitividad, relaciones intergeneracionales, auto actualización intelectual y desarrollo del potencial emocional. (Tuzzo, 2009).

En este sentido, la apuesta debe enfocarse a la promoción de un envejecimiento activo; concepción que puede ser aplicada tanto a los individuos como a los colectivos. Al fomento de la participación continua, al acceso a condiciones de vida que garanticen la salud, que permitan la desmitificación de la vejez como problema, dando lugar al desarrollo de los factores protectores de la salud y en particular de la salud mental del adulto mayor. (Tuzzo, 2009)

Es en el marco de esta perspectiva, que planteamos el presente estudio como un aporte desde el ámbito universitario.

3. 2. CONCEPTO DE ESTEREOTIPO

La Real Academia Española en su Diccionario (2001), expresa dos acepciones de estereotipo: *“Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable”* y *“plancha utilizada en estereotipia”*.

Originalmente un estereotipo era una impresión tomada de un molde de plomo que se utilizaba en imprenta en lugar del tipo original. Este uso desembocó en una metáfora sobre un conjunto de ideas preestablecidas que se podían llevar de un lugar a otro sin cambios (al igual que era posible con el tipo portable de impresión).

Se debe a Lippmann, la primera definición de estereotipos quien en el año 1922 los presentó como *“imágenes que se tienen y que influyen en la realidad que se percibe”*.

Richter en 1956, definió al estereotipo como una *“proposición rígidamente establecida, que atribuye una característica a todos los miembros de una categoría”*.

Oskamp (1977) utilizó el término estereotipo, para referirse al grado en que una característica o conjunto de ellas, se encuentra presente en un grupo de individuos, estableciéndose su presencia o ausencia por el porcentaje de acuerdo en señalar que dichas características están o no presentes en el grupo que se indica.

Mackie (1973) entiende por estereotipos, aquellas creencias populares sobre los atributos que caracterizan a un grupo social (por ejemplo los gitanos, los negros, las mujeres, etc.) sobre los que hay un acuerdo básico.

Tajfel (1984) desde la teoría de la identidad social, sostiene que la categorización en grupos distintos, produce una acentuación de las diferencias en los estereotipos de dichos grupos, a fin de mantener una identidad social positiva, como miembros de una categoría social, de forma de favorecer al endo grupo.

Los teóricos del aprendizaje social, sostienen que los estereotipos proceden de la percepción de diferencias reales, que a través de la influencia de numerosos agentes sociales se estructuran y reflejan en la sociedad (Graumann y Stroebe, 1989).

Estas diferencias pueden ser ocupacionales, de vida urbana o rural, étnicas, de género, de edad, laborales, etc.

Como crítica a estas teorías, se sostiene que si bien existen aspectos tomados de la realidad, los rasgos estereotípicos los sobreestiman y generalizan llevándolos a percibir al grupo de una forma homogénea.

Desde las teorías cognitivas, se los define como "*estructuras cognitivas que contienen el conocimiento, creencia y expectativas del que percibe, respecto a un grupo humano*" (Hamilton y Troier, 1986).

Para Fernández - Ballesteros (1992, 1999, 2002) el estereotipo es una falsa concepción o un cliché, que actúa como un modelo fijo, compartido por una determinada colectividad, que se utiliza para conceptualizar a un determinado sujeto de conocimiento abstracto como la vejez o la juventud, la

inmigración o el poder y que sirven a modo de teorías implícitas respecto de ese sujeto de conocimiento.

Estos clichés, son en términos generales negativos y se aprenden a través del proceso de socialización del individuo el cual transcurre en un ambiente sociocultural determinado.

Lo importante es que, estas imágenes o clichés una vez aprendidas son la causa de conductas tanto individuales como sociales, e incluso pueden llegar a convertirse en profecías que tienden a su auto-cumplimiento.

Las propias personas asumen como propias estas imágenes pensando y comportándose en función de aquellas establecidas para su grupo, en general sin mayor conciencia o cuestionamiento de su origen.

Gil Barreiro y Trujillo (1997) definen los estereotipos como representaciones simplificadas, esquematizadas y deformadas sobre un grupo de personas u objetos, en el que sólo una parte es debida a experiencias directas con la categoría a la que pertenecen tales sujetos u objetos, en tanto el resto se "llena" con ideas preconcebidas referentes a esta categoría.

Maass y Cadinu (2003) de la Universidad de Padova en Italia, basándose en los estudios de Allport (1954) intentaron determinar si la existencia de estereotipos es específica de los grupos minoritarios de la sociedad (definidos como grupos de bajo estatus) o si estos déficit pueden ser observados en grupos que generalmente gozan de un alto estatus social, pero son negativamente estereotipados en un área específica.

Analizaron como algunas personas son altamente vulnerables a la activación de estereotipos, mientras que otras parecen resistir su influencia.

Estas autoras, aportan una serie de aspectos en la investigación de distintas variables individuales, que moderan la existencia de los estereotipos, entre las que incluyen la ansiedad, la existencia de pensamientos intrusivos y el grado de cautela que posee el sujeto en la emisión de sus juicios.

Destacan que los estereotipos se desarrollan desde la infancia y de allí la dificultad de lograr cambios a corto plazo. Consideran que no todos los individuos presentan la misma susceptibilidad a sus efectos ya que existen diferencias individuales que han sido identificadas, siendo tres las principales:

- En primer lugar, la importancia que el sujeto le otorga a su desempeño en determinadas áreas, lo cual constituye un factor de riesgo, dado que aquellos que pretenden ser mejores en dichas áreas, se ven más afectados por los estereotipos que los que no le otorgan mayor importancia a su rendimiento, que son considerados menos competentes, pero también "inmunes a los estereotipos".

Este desempeño, es por lo tanto considerado relevante para el auto-concepto del sujeto.

- En segundo lugar, el grado de *identificación* con el grupo social al que pertenecen, es decir la identidad social o sentimiento de pertenencia.

Según esta perspectiva, se verán más afectados aquellos sujetos identificados en mayor grado, con el grupo estigmatizado objeto de los estereotipos.

Esta identificación grupal, parece ser un moderador importante, en tanto dichos sujetos, se muestran más aprehensivos a la confirmación de los estereotipos negativos en su grupo social.

- En tercer lugar, otro aspecto importante es el grado de *control interno o externo*, siendo más susceptibles aquellos individuos que creen que sus fracasos o fallos dependen más de si mismos, que de otros aspectos del entorno social, tomando para sí la mayor responsabilidad por sus acciones. Aquí se suman diferentes tipos de presión, una derivada de los estereotipos y otra de la presión y estrés internos.

Los individuos que creen en un control "externo", en donde el entorno juega un papel predominante, estarían en una posición de mayor benevolencia consigo mismos y no se verían tan afectados por la presencia de estereotipos.

Estos estudios sugieren que aquellos sujetos, que presentan las tres condiciones podrían ser considerados de "alto riesgo", por lo que se formula la importancia de desarrollar acciones de prevención desde la infancia.

Un aspecto bastante debatido en relación a los estereotipos, es su fuerte resistencia al cambio, su persistencia a través del tiempo y su estabilidad durante varias generaciones.

Son muchos los trabajos que coinciden en el planteamiento acerca de las expectativas y predicciones que generan al operar como categorías orientadoras en la interacción de los grupos humanos.

Aún cuando las personas deberían cambiarlos al obtener mayor información, parecen permanecer inalterables y una de las explicaciones se relaciona con el efecto Pigmalión o profecía de autocumplimiento.

Habría una tendencia a percibir que las personas actúan de un modo confirmatorio de las expectativas de los demás, comportándose o actuando, de manera de responder a las mismas.

De esta forma, los estereotipos ejercen un efecto no solo sobre el grupo que estereotipa, sino también sobre el estereotipado que trata de acomodarse a la imagen proyectada comportándose de modo consecuente con ésta.

Autores como Allport (1954) y Campbell (1967), insisten en su función justificadora de actitudes y conductas, contemplando el fenómeno de la estereotipia como estrechamente vinculado a los prejuicios y a la discriminación.

Es a partir de la investigación empírica que se afirma que existe un vínculo entre los estereotipos y los prejuicios, pero que no todos los estereotipos generan prejuicios.

En algunos casos, los estereotipos pueden ser positivos, como el que se refiere a los niños de la calle, quienes son vistos como "buenos chicos" que ayudan a sus familias y a la comunidad. Sin embargo, en otros casos, los estereotipos pueden ser negativos, como el que se refiere a las personas con discapacidad, quienes son vistos como "dependientes" y "incapaces".

Los estereotipos negativos hacia el proceso de envejecimiento, manifestados por la sociedad y por los propios adultos, son aquellos que pueden afectar las oportunidades de las personas e incidir en su calidad de vida y en su bienestar (García, 2008, 2011).

La idea de los estereotipos puede ser entendida de dos maneras. En primer lugar, como un conjunto de ideas preconcebidas que se refieren a un grupo de personas, y en segundo lugar, como un conjunto de ideas preconcebidas que se refieren a un individuo.

3. 3. ESTEREOTIPOS Y VEJEZ

A lo largo de la historia, la vejez como etapa del ciclo vital ha estado siempre presente, pero el significado y la valoración que de ella realizan diferentes culturas, varía en distintos períodos de tiempo y regiones geográficas.

Lo que se evidencia en la actualidad, es una pérdida de la valoración social de la vejez, que lleva a la *marginación y auto marginación* del AM, a la pérdida de la autoestima, de la energía vital, que se evidencia en la discriminación y rechazo dirigido hacia el "viejo", lo cual repercute en su propia valoración y en la de las personas que lo rodean. (Fernández – Ballesteros, 2002; Salvarezza, 2005)

Es a partir de la revolución industrial que aparece un hecho que marca un antes y un después, que es la *jubilación* y con ello la consideración social y cultural de la vejez.

Es entonces la jubilación, la que marca el fin del ciclo vital activo del sujeto. No en vano durante un largo período de tiempo se denominó en Uruguay a los jubilados "pasivos" y ello impulsado también en los medios masivos de comunicación, donde se escuchaba el "cobro de las pasividades", en lugar del "cobro de las jubilaciones".

Los estereotipos negativos hacia el proceso de envejecimiento, mantenidos por la sociedad y por los propios ancianos, son fenómenos que pueden abrumar las capacidades adaptativas de las personas e incidir en su calidad de vida y en su salud. (Iacub, 2009, 2011).

Dichos estereotipos están compuestos por adjetivos, o sea términos calificativos, que al unirse entre sí forman un conjunto monolítico, y es a

través del "prisma" del estereotipo que son vistos todos los miembros de cierto grupo social.

En el año 1997 Gil Barreiro y Trujillo, trabajando en el área de salud del Policlínico docente Lawton, en Cuba, realizaron un estudio en cuatro grupos de edades, utilizando como instrumento de evaluación una escala de adjetivos, con la finalidad de determinar como se estructuraban los estereotipos hacia los ancianos.

Fundamentaron dicho estudio en el interés que reviste este conocimiento, para todos aquellos relacionados con la salud, en especial el personal médico.

Consideraron su trabajo, el paso previo para desplegar una labor de promoción de salud que permitiera solidificar o potenciar actitudes positivas hacia los AM, encontrado que los grupos de participantes de 20 años evidenciaban estereotipos mucho más negativos que otros grupos de edades.

Asociaron estos resultados, a la existencia de un choque generacional que señalaba a los ancianos como aferrados a una moral obsoleta y rígida en sus comportamientos cotidianos, contrapuesta a la de los jóvenes.

En relación a la vejez y envejecimiento algunos estereotipos pueden llegar a ser extraordinariamente negativos, determinando comportamientos o actitudes que se conocen como "edaistas", "viejistas" o "ageistas"

Estas conductas "viejistas" son discriminatorias, y dan lugar a una serie de desigualdades de distinta índole (sanitarias, culturales, educativas, etc.)

El primero en detectar las conductas discriminatorias hacia la vejez fue Robert Butler quien comenzó a trabajar en el tema en la década de los 60, creando el término "ageism", que se utiliza castellanizado como ageismo o edaismo o viejismo (Butler, 1975).

Para Palmore (1975) - citado por Losada, 2004 - las características básicas que forman la base de los estereotipos hacia la vejez son:

1. Proporcionar una visión altamente exagerada de unas pocas características.
2. Ser inventados o no tener base real, no obstante ser valorados como razonables debido a su relación con algunas tendencias de comportamiento que tienen alguna parte de verdad.
3. Omitir en general características positivas.
4. No reflejar tendencias compartidas por la mayoría u otras características positivas de las personas.
5. No proporcionar información sobre la causa de las tendencias que se señalan.
6. No facilitar el cambio.
7. No facilitar la observación de la variabilidad interindividual, siendo ello especialmente importante en el caso de los AM, dadas las importantes diferencias que existen entre ellos.

Losada (2004) sostiene que el edaísmo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación social, tras el racismo y el sexismo. Aunque resulta mucho más difícil de detectar, pudiendo ser mantenido en mayor medida por los propios AM.

Esta discriminación tiene un componente cognitivo, otro componente conductual y por último uno emocional.

Los criterios edaístas o viejistas, favorecen una descripción de los AM basada fundamentalmente en rasgos negativos, por lo que pueden fomentar la realización de prácticas profesionales discriminatorias, promoviendo en forma consciente o inconsciente rechazo y maltrato hacia los AM.

Cuando el individuo edaísta envejece, tiene que hacer frente tanto a las actitudes de su entorno, como a las que provienen de sí mismo. El edaísmo se vuelve en su contra incidiendo en su capacidad adaptativa y por lo tanto en su calidad de vida.

En algunas situaciones, los estereotipos negativos pueden actuar como facilitadores de conductas de abuso y maltrato: físico (castigos físicos, descuido o desatención, etc.), psicológico (insultos, comentarios despectivos, degradación), institucional (posponer sus intervenciones, su atención, etc.) patrimonial (robo de sus recursos económicos, jubilaciones cobradas por otros, desalojo de sus propias viviendas, etc.)

La importancia de su identificación precoz, radica en la convicción para muchos investigadores, de la transmisión intergeneracional del abuso y maltrato hacia los ancianos (Brown y Gaertner , 2001; Carbajo, 2009).

A continuación se describen una serie de mitos con respecto a las personas mayores:

Mito: Las personas mayores ...	Realidad
Son todas muy parecidas.	Son un grupo de población muy diverso (muchas diferencias inter-individuales)
Están socialmente aisladas.	La mayoría de las personas mayores mantienen un contacto cercano con familiares.
Están enfermas, son frágiles y dependen de otras personas.	La mayoría de los mayores viven de forma independiente.
La mayoría tienen algún grado de deterioro cognitivo.	En general, si hay algún declive en habilidades intelectuales, no es suficientemente severo como para causar problemas en el día a día.
Están deprimidas	Las personas mayores que viven en la comunidad, se mantienen activas y tienen menores porcentajes de depresión diagnosticable que otros grupos de edad.
Se vuelven difíciles de tratar y son, con el paso de los años, más rígidas.	La personalidad se mantiene relativamente consistente a lo largo del ciclo vital.
Raramente se enfrentan a los declives inevitables asociados con el envejecimiento.	La mayoría de las personas mayores se ajustan con éxito a los desafíos vitales.

Modificado de Losada (2004)

La Dra. Becca Levy y su equipo de la Universidad de Harvard (2002) realizando estudios intergeneracionales que caracterizan los rasgos positivos y negativos en adultos mayores, encontró un conjunto de palabras que los definían. Para los estereotipos negativos: incompetente, decrepito y enfermo fueron las más frecuentes. Mientras que las palabras que describían con mayor frecuencia los estereotipos positivos fueron, el ser guía, la prudencia y el haber podido realizarse en la vida.

Levy et al (2002, 2003), tras realizar múltiples estudios transculturales, experimentales y longitudinales concluye que, los estereotipos negativos sobre la vejez que presentan los AM influyen en su memoria, causan estrés y peores formas de combatirlo, e incluso, predicen menor supervivencia.

3.4 ESTEREO TIPOS- PREJUICIOS Y

Sus estudios concluyen que aquellos que viven con optimismo su envejecimiento, sobreviven 7.5 años más que las personas que se quejan por su futuro y lo viven con pesimismo, ya que éstas condicionantes dan lugar a un aceleramiento del proceso de envejecimiento. Por el contrario la actitud positiva y optimista agrega más años a la vida.

El Programa "Vivir con Vitalidad", dirigido por la Dra. Fernández - Ballesteros en la Universidad Autónoma de Madrid, se vincula con la capacidad del ser humano de continuar desarrollándose a lo largo de la vida. *"Buscar posibilidades de desarrollo, mejorar potencialidades y compensar déficit es siempre posible"* (Fernández - Ballesteros, 2002). Otro Programa para mayores es el implementado por Caritas internacional (Caritas, 2006).

Para cambiar, sostiene García Huete (2002) *"se necesita en primer lugar estar informado, pero ello no es suficiente por lo que se debe influir sobre nuestras actitudes, es decir sobre lo que pensamos y sentimos asociado a la idea de cambio"*. Se debe crear un plan de cambio a medio y largo plazo. García Huete lo denomina: "Plan de vida".

Vivir con optimismo y pensar positivamente, son elementos fundamentales en la mejora de la calidad de vida. Nuestras creencias y pensamientos, determinan acciones que afectan las propias actitudes. Se puede aprender a pensar en positivo y ello incidirá directamente en la salud y el bienestar físico general (Zamarrón, 2002).

Zamarrón (2002) sostiene que es posible crear actitudes y sentimientos positivos hacia uno mismo y que las personas que lo logran, se tornan más seguras de sí, más felices y satisfechas con su vida.

3. 4. ESTEREOTIPOS- PREJUICIOS Y DISCRIMINACIÓN

Numerosas investigaciones evidencian la compleja y estrecha relación entre los conceptos de estereotipo, prejuicio y discriminación.

Allport en 1954, define a los estereotipos como creencias exageradas asociadas a una categoría, siendo su función justificar una conducta respecto a esa categoría vinculándolos estrechamente a los prejuicios.

Sostiene que en el estereotipo existe un proceso de categorización que permite formar agrupaciones de hechos y objetos que sirven de guía en la adaptación de los sujetos; asimilando mediante el mismo todo lo relacionado a una categoría, lo cual permite identificar con rapidez los objetos asociados a dicha categoría. Ello a su vez satura todo su contenido con el mismo efecto emocional e ideal.

Destaca que todo este proceso puede ser racional en mayor o menor medida y se refiere a los efectos perniciosos de los prejuicios para los miembros de los grupos estigmatizados.

Encuentra que uno de los efectos más insidiosos ocurre cuando un miembro del grupo estigmatizado, confirma mediante su propio comportamiento, los estereotipos prevalentes en la sociedad, justificando así su existencia y haciéndolos extensivos a los otros miembros de su grupo social.

En numerosa bibliografía, se mantienen estrechamente relacionados los conceptos de estereotipo, prejuicio y discriminación.

El estereotipo equivale al conjunto de creencias u opiniones, acerca de atributos asignados a un grupo en un plano cognitivo, el prejuicio se refiere a la evaluación negativa del grupo en un plano afectivo y la discriminación es la consecuencia de ambos, estando vinculada a la conducta desigualitaria en el tratamiento dado a los individuos en virtud de su pertenencia a dicho grupo.

Los estereotipos negativos podrían servir para racionalizar y justificar los prejuicios, teniendo por característica ser más descriptivos que evaluativos, mientras los prejuicios son más emocionales y por lo tanto más fáciles de detectar.

Debemos señalar, que los estereotipos, además de una función cognitiva, cumplen una función defensiva, ya que constituyen la proyección de determinados valores, estatus y derechos, que les permiten mantener a determinados grupos su posición dominante sobre otros.

En el Río de la Plata y desde una teorización psicoanalítica, Salvarezza (2005) destaca la función defensiva de los estereotipos, que posibilitan la satisfacción de deseos inconscientes

González (1999) define a los **prejuicios** como el conjunto de juicios y creencias de carácter negativo con relación a un grupo social. Se consideran fenómenos compuestos de conocimientos, juicios y creencias y como tales, constituidos por estereotipos.

Desde esta perspectiva, los estereotipos, poseerían el componente cognitivo (juicios, creencias) de los prejuicios (que son siempre de carácter negativo).

Aunque exista una íntima relación entre estereotipos negativos y prejuicios, existen *múltiples estereotipos, que no van asociados a prejuicios*, por ejemplo los estereotipos positivos de grupo o de género, el caso de las mujeres asociadas con dulzura, sensibilidad y abnegación, los ancianos con sabiduría, paciencia, etc.

Aún cuando los estereotipos sean positivos, pueden llevar a un *reconocimiento prejuiciosos y discriminatorio, negándoseles a los miembros de determinados grupos estereotipados, derechos o responsabilidades*.

Lo que se conoce como **“discriminación”**, es la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a personas, en virtud de su pertenencia a un grupo o categoría social (González, 1999).

Tajfel (1984) sostiene que de las funciones que desempeñan los estereotipos, *la más importante es su valor funcional y adaptativo*, ya que ayudan a comprender el mundo de manera simplificada, ordenada y coherente.

Además del valor adaptativo, simplificador, los estereotipos tienen otra función más importante para la socialización del individuo como vimos, la de facilitar la identidad social, la conciencia de pertenecer a un grupo social.

El prejuicio está unido al contexto de las relaciones entre grupos, así la persona con prejuicios, *mantiene una evaluación desfavorable o despreciativa hacia algún grupo social o hacia miembros individuales*, por el simple hecho de pertenecer a ellos.

Otros autores latinoamericanos, emplean diferente terminología para referirse a los mismos fenómenos.

Viguera (2001) habla de "*imaginario social o imaginario colectivo, para referirse al conjunto de creencias, conceptos, ideas verdaderas o no, que determinan actitudes o modas en la sociedad. Este imaginario no es fijo ni igual para todas las sociedades*".

Fornós (2001) asocia estereotipo con prejuicio y define el prejuicio como una actitud negativa y sin fundamento que se dirige generalmente a los grupos. Es en la infancia que se forman los prejuicios y a lo largo de la vida se incorporan provocando una respuesta emocional directa.

Para Salvarezza (2005) de manera inconsciente usamos estándares subjetivos para juzgar a individuos atribuyéndoles las cualidades o defectos que creemos son ciertos del grupo al que pertenecen, agregando que cuando la vejez se asocia con el estereotipo de enfermedad y declinación mental, inconscientemente se rechaza tanto el proceso de envejecimiento como a las personas que envejecen.

Estos prejuicios incorporados a la mentalidad del AM funcionan determinando actitudes negativas frente al proceso de envejecer. Incluso llegando a negar o a no reconocer el paso del tiempo en sí mismos (Viguera, 2001).

Viguera, sostiene que estas ideas no surgen por casualidad, sino que son producto del tipo de sociedad a la que se pertenece. Una sociedad donde los cambios de valores acontecen a un ritmo acelerado, la ciencia y la tecnología avanzan valorizando lo nuevo, la productividad, generándose una reacción que golpea en forma directa y perversa a las personas que envejecen, una vez que esta misma sociedad los coloca al margen del

proceso productivo, llevándolos a experimentar intensos sentimientos de inferioridad e inutilidad. Cuando una persona llega a viejo, lo que piense con respecto a esta etapa de la vida, va a estar influenciado por las ideas y experiencias previas. Uno de los factores que va a estar influyendo en este imaginario es el haber compartido durante toda su vida una actitud prejuiciosa y discriminatoria hacia los AM, sin poder colocarse en el lugar del otro.

Los modelos planteados por los medios de comunicación, (donde los cuerpos objeto de deseo, son jóvenes y bellos, donde se enfatiza la tersura de la piel, los sedosos cabellos, etc.) el cuerpo anciano (arrugado, canoso, etc.) no tiene un lugar valorado (Viguera 2001, 2006). En ellos se sostienen y perpetúan imágenes negativas relacionadas a la vejez y el envejecimiento.

El conjunto de prejuicios y estereotipos respecto a la vejez o viejísimo, activará estas concepciones negativas, ante la imagen del cuerpo viejo o envejeciendo. Por efecto de estos prejuicios, se va naturalizando a nivel social una concepción acerca de la vejez y el envejecimiento poco valorado y peyorativo. Ello opera tanto a nivel individual como colectivo, tornándose un obstáculo para la creatividad, la capacidad para el cambio y el aprendizaje, la productividad; y para el ejercicio de una sexualidad saludable volviendo a la ecuación vejez = a enfermedad o muerte, una constante.

Uno de los estereotipos más extendidos socialmente es aquel que alude a que los mayores, son asexuados o no tienen una vida sexual activa o no están interesados en la sexualidad, considerándose a la belleza y la sexualidad exclusivas de la juventud. Estas concepciones erróneas, pueden afectar poderosa y negativamente la experiencia sexual o erótica de las personas mayores, convirtiéndose en formas de discriminación.

Envejecimiento y la vejez activa y participativa (Viguera, 2006).

Los estudios sobre estereotipos y prejuicios hacia la vejez, han encontrado que son en primer lugar, los propios adultos mayores quienes se perciben a sí mismos como poco atractivos. (Orozco y Rodríguez Márquez, 2006).

Por otra parte, existe una demanda social de "respetabilidad", por la que se espera que las personas de edad controlen sus deseos más que las de otras edades (Iacub, 2009, 2011).

Aquellas personas mayores interesadas en el ejercicio de su sexualidad, son denominadas "pervertidas", "viejos verdes", "viejas ridículas", etc. Limitándose así su capacidad de goce y el uso y disfrute del cuerpo (Iacub, 2009).

La sexualidad puede verse disminuida durante la vejez, no solo a causa de la enfermedad o la disminución de las funciones. En muchas ocasiones se relaciona al desconocimiento y a la desinformación que existe sobre el envejecimiento en general y sobre la sexualidad de los mayores en particular. En ocasiones, puede verse disminuida por la propia represión, que obedece a una educación represiva o a concepciones personales de lo permitido o no. También por falta de oportunidades, para encontrar un compañero/a o porque se ha reducido el núcleo de posibles compañeros. En otras circunstancias, es por falta de privacidad o por no contar con un lugar y momento adecuados, más aún, si los ancianos se encuentran institucionalizados, donde escasamente se respeta el derecho a la intimidad (Orozco y Rodríguez Márquez, 2006; Iacub, 2009, 2011).

Los medios de comunicación, no son ajenos a los estereotipos hacia las personas mayores, difundiendo imágenes que promueven los componentes más deficitarios que los saludables y modelos que se apartan del envejecimiento y la vejez activa y participativa (Viguera, 2006).

¿Cómo se insertan los adultos mayores que ya no siguen esos modelos de *belleza rapidez y éxito*? Es por esto necesario que surjan movimientos nuevos que promuevan su revalorización e inclusión en la sociedad.

Monchietti y Lombardo (2000) Monchietti y Pioletti (2002) utilizan el término de *"representación social"* en lugar de estereotipos, como determinantes fundamentales del proceso de envejecimiento. En este sentido las representaciones sociales expresan y determinan que se entiende por vejez en una sociedad o un grupo, cuáles son las características que se le atribuyen a una persona vieja, cuál es el lugar que esa sociedad le otorga y cómo es el vínculo de la sociedad y la familia con el viejo.

Dichas representaciones, reúnen conceptos vocabularios y experiencias provenientes de diversos orígenes, siendo su función específica contribuir a la *formación de conductas y a la orientación de las comunicaciones sociales*. Se presentan bajo formas variadas como imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos. Estas imágenes contienen un conjunto común de ideas, símbolos y temas, que son compartidos por los miembros de un grupo.

En un estudio realizado en Argentina, Monchietti y Lombardo (2000) relacionan la influencia de las representaciones sociales sobre la salud, el aislamiento y la marginación social de los mayores, evidenciando el énfasis en las representaciones negativas de la vejez. Los datos obtenidos les permiten concluir que las representaciones de sí que presentan los adultos mayores, son vehiculizadas por el discurso, el cual conlleva una relación de poder.

Estas concepciones también circulan en ámbitos científicos y académicos en los que explícita o implícitamente se análoga los conceptos de enfermedad deterioro y vejez. Estas creencias emitidas desde un lugar de innegable poder, son tomadas y reelaboradas por el discurso colectivo contribuyendo a la difusión de las representaciones negativas. En este sentido ejerce particular influencia el paradigma biomédico y su concepción del envejecimiento homologando vejez a patología orgánica individual y de etiología fisiológica (Monchiatti y Lombardo, 2000).

El hecho de haber nacido en una sociedad, determina nuestra tendencia a aceptar estas construcciones que toman la fuerza de verdaderos axiomas incuestionables, determinantes de la conducta. Quien ha envejecido, ocupa simultáneamente el lugar de sujeto y objeto de esta violencia simbólica, que muchas veces es equivalente a agresiones explícitas solapadas como "viejo chocho", "viejo verde", "vieja ridícula", "retrógrado", "antiguo", "cascarrabias", "gruñón", etc.

En la vejez, es necesaria una gran fuerza psíquica para oponerse a la presión que lo empuja a ubicarse en el lugar que le asigna el prototipo creado a partir de las representaciones sociales vigentes (Montorio et al. 2002).

Para los autores mencionados, el campo simbólico restringido que ofrecen las representaciones sociales, margina a quien envejece ya que lo aleja de actividades valoradas en las que puede ser reconocido en sus habilidades vitales y creativas. Por otra parte, determinan en los familiares y cuidadores actitudes que pueden oscilar entre la sobreprotección y el maltrato (Liberalesso- Neri, 1995, 2009).

En el caso de los profesionales de la salud, el efecto es igualmente negativo, tanto en la negligencia al considerar que determinados signos patológicos

puedan ser consecuencias del envejecimiento normal, como al hacer una lectura predominantemente prejuiciosa del mismo. A continuación realizaremos una síntesis con las definiciones más importantes sobre estereotipos.

SÍNTESIS DE DIVERSOS AUTORES SOBRE EL CONCEPTO DE ESTEREOTIPO

AUTOR	AÑO	CONCEPTO
Lippman	1922	Imágenes que influyen en la realidad
Allport	1954	Creencias exageradas asociadas a una categoría
Mackie	1973	Creencias populares sobre ciertos atributos
Fernández Ballesteros	1992	Falsas concepciones o clichés que actúan como modelos fijos
Gil Barreiro y Trujillo	1997	Representaciones simplificadas esquematizadas sobre un grupo
Salvarezza	2005	Estándares subjetivos inconscientes por los que se atribuyen a sujetos cualidades o defectos y que genera el rechazo inconsciente de los mismos.
Viguera	2006	Modelos planteados por los medios de comunicación, que perpetúan imágenes negativas
Iacob	2009	Estigmatización de los individuos de acuerdo a imágenes negativas, basadas en la pertenencia a un grupo social, que actúa de manera silenciosa

En síntesis: los estereotipos, como creencias generalizadas sobre los atributos o características que definen a un determinado grupo social, se conforman en el pasado y se transmiten a través del proceso educativo, sin apenas transformación, con el paso del tiempo. Con ello se afianza una de sus características más significativas: convertirse en mitos, lo cual vienen a agravar el problema por su resistencia al cambio, el efecto anticipador de la conducta y la posibilidad de su cumplimiento.

Los estereotipos y con ellos los prejuicios se convierten en esquemas funcionales que activan o dirigen la actuación de las personas, mucho más que la propia realidad. Respecto a los mayores, estas creencias

estereotipadas, en la medida que funcionan como esquemas mentales previos, anticipadores de la realidad y sus características, pueden provocar, actitudes antimayores, viejistas, llevando a la discriminación, a conductas de abuso y a maltrato físico o psicológico hacia los mayores.

Trianes et al (2004) y Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes (2005), a través de un cuestionado validado denominado Cuestionario de Estereotipos Negativos sobre la Vejez (CENVE) han estudiado tres factores: *El factor Salud* que explora en sus cinco ítems imágenes o categorizaciones asociadas a deterioro de la memoria, enfermedad mental, deterioro de la salud, incapacidad y dependencia y deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación y confusión) en los adultos mayores. *El factor Motivación –Social* que evalúa las imágenes relacionadas a intereses, aspectos afectivos e interpersonales incluyendo la sexualidad y la capacidad para desempeñarse en forma efectiva. *El factor Carácter –Personalidad*, que estudia las imágenes asociadas al grado de rigidez mental, la labilidad emocional, el comportamiento infantil y el debilitamiento del estatuto de adulto.

Optaremos por este modelo para el relevamiento de nuestras variables de interés, dado que reúne las propiedades psicométricas necesarias para cumplir con los criterios de validez y confiabilidad. Los factores que lo integran están bien contruidos y son homogéneos en cuanto al número de ítems que los componen.

Estudios realizados con este instrumento concluyen que el perfil de las personas mayores que mantienen un alto grado de estereotipos negativos hacia la vejez se corresponde con sujetos muestrales de: más edad, bajo nivel educativo, no participan en actividades sociales, no mantienen actividad física, perciben su salud como siendo peor que la de las personas de su edad, se sienten con más años que los que tienen, manteniendo una

actitud negativa hacia su propio proceso de envejecimiento, no tienen responsabilidades hacia otros, mal estado de salud relacionado con aspectos de calidad de vida, y obtienen bajas puntuaciones en autoestima y optimismo. Se sugiere de estos resultados, que la población estudiada que presenta estas características, es de riesgo psicosocial. Asimismo se considera fundamental, evaluar la presencia y magnitud de estereotipos negativos hacia la vejez en población relacionada con la atención a personas mayores (Sánchez Trianes, 2004).

En Colombia, Aristizábal-Vallejo (2004), identifica connotaciones negativas respecto a la vejez, en estudiantes de la salud (enfermería, medicina, odontología y psicología). En su trabajo "Imagen social de los mayores en estudiantes jóvenes" ubica la puntuación más alta en estudiantes de medicina seguidos por los de enfermería. Otro aspecto que señala es que se observa un mayor nivel de estereotipo negativo hacia la vejez en lo referente a las dimensiones salud y personalidad del cuestionario CENVE por parte del sexo masculino.

En esta línea de trabajo, un estudio realizado en la Universidad de Salamanca en España con estudiantes de carreras sanitarias(enfermería, fisioterapia, medicina, odontología, psicología y terapia ocupacional) señala la presencia de estereotipos negativos, incrementándose los mismos en los estudiantes de sexo masculino y en la carrera de enfermería (Bernardini et al, 2008).

Un estudio multicéntrico que incluye estudiantes universitarios de 10 países de América latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (Lasagni et al, 2010) se destaca la presencia de estereotipos negativos, no obteniendo asociaciones significativas entre las variables sexo, y edad y la presencia de estereotipos según los factores del CENVE, pero si en relación a la carrera cursada y al

país de procedencia. En el factor salud el grupo que registró la media más alta de estereotipos fue el de Ingeniería y tecnologías mientras que las medias más bajas se registraron en las carreras de la salud. En cuanto al país de procedencia el que representó niveles más bajos de estereotipos en el factor salud fue Brasil y el más alto Venezuela

Las interrogantes que orientan el presente estudio parten de las investigaciones reseñadas que sugieren que la presencia de estereotipos influye en las decisiones para comprometerse con los adultos mayores y de brindar una atención digna y de calidad. Dado que en las próximas décadas, se incrementará la demanda de profesionales que trabajen con la población de mayores y será responsabilidad de las Instituciones formativas incluir en sus curriculas enfoques que modifiquen la presencia de estereotipos y de actitudes prejuiciosas hacia los ancianos.

Para indagar y profundizar acerca de esta temática nos hemos planteado las siguientes interrogantes:

- ¿Los estudiantes de carreras sanitarias, presentan estereotipos hacia los adultos mayores?
- De presentarlos ¿en qué aspectos relacionados con la vejez y el envejecimiento se manifiestan? ¿En relación a su salud, a sus intereses y motivaciones o a características de su personalidad?
- ¿Se puede efectuar alguna asociación inicial o preliminar entre la mayor o menor presencia de estereotipos y aspectos como sexo, edad, lugar de procedencia y carrera cursada?

Se intentará dar respuesta a las interrogantes formuladas a través de la formulación de los siguientes objetivos:

4. OBJETIVOS

- Identificar la presencia de estereotipos negativos hacia los adultos mayores, en estudiantes universitarios de tres carreras de la salud (Enfermería, Fisioterapia y Psicomotricidad).
- Describir la presencia de estereotipos en relación a la salud, motivación e intereses y características de personalidad de los adultos mayores, por parte de los estudiantes de la muestra.
- Explorar en forma preliminar las tendencias existentes relacionadas a los puntajes obtenidos y las variables: sexo, edad, lugar de procedencia y carrera cursada, de los estudiantes que componen la muestra.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo se caracteriza por ser de tipo descriptivo - transversal, dado que busca identificar y describir aquellos estereotipos negativos, que la población del estudio asocia a la vejez en un momento de tiempo determinado.

5.2. SUJETOS

Los criterios de inclusión seguidos para la selección de los participantes han sido los siguientes:

- Ser estudiante de tercer año de las carreras de Fisioterapia y de Psicomotricidad de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM) de la Facultad de Medicina o su equivalente en semestre para la carrera de Enfermería de la Facultad de Enfermería.
- La participación voluntaria.
- Firmar el consentimiento informado.
- Autorización de la institución (EUTM documentada, Facultad de Enfermería verbal por parte de la Decana actuante)

La muestra no probabilística ha quedado conformada por 78 estudiantes de ciencias de la salud correspondientes a tres carreras: las Licenciaturas de Fisioterapia, Psicomotricidad y Enfermería que se encuentran realizando su formación en Facultades de la Universidad de la República (UDELAR).

Los estudiantes de Fisioterapia y Psicomotricidad correspondieron a la población total de estudiantes que cursaban 3er. año. Los estudiantes de Enfermería correspondieron a un 8% de la población total de estudiantes de

3er. año, siendo quienes de la población total, aceptaron la invitación a participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

5.3. DEFINICIONES OPERACIONALES Y VARIABLES

Se han tenido en cuenta para el presente estudio las variables:

- SEXO: Variable cualitativa nominal dicotómica, se operacionaliza en dos categorías femenino (valor 1) y masculino (valor 2).
- EDAD: Variable cuantitativa ordinal, se recodifica en dos rangos de 20 a 24 años y de 25 a 28 años.
- LUGAR DE PROCEDENCIA: Variable cualitativa nominal dicotómica, se clasifican dos categorías: provenientes de Montevideo (valor 1) u otra procedencia (valor 2).
- CARRERA: Variable cualitativa nominal politómica, se operacionaliza en tres categorías Enfermería "1", Fisioterapia "2", y Psicomotricidad. "3"
- ESTEREOTIPOS NEGATIVOS: preconceptos o imágenes negativas que se tienen en forma automática y que generan pensamientos y determinan acciones dirigidas hacia los adultos mayores. Variables cualitativas ordinales, operacionalizadas a través de los tres factores que comprenden el Cuestionario de Estereotipos Negativos sobre la Vejez (CENVE) Salud (Ítems 1, 4, 7, 10 y 13) ,Motivación -Social (Ítems 2, 5, 8, 11 y 14),Carácter - Personalidad (Ítems 3, 6, 8,12y 15)

• Salud (Ítems 1, 4, 7, 10 y 13)

• Motivación -Social (Ítems 2, 5, 8, 11 y 14)

5.4. RECOLECCION DE DATOS - INSTRUMENTO

El instrumento utilizado, es el Cuestionario de Estereotipos Negativos sobre la Vejez (CENVE). (Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes, 2005). Anexo 1.

En una primera sección se incorporaron las variables para caracterizar la muestra. El CENVE se ha basado en que es un cuestionario apropiado y potente para evaluar las categorizaciones e imágenes acerca de la vejez reuniendo las propiedades psicométricas necesarias para cumplir con los criterios de validez y confiabilidad. Desde un punto de vista metodológico, los factores que lo integran están bien contruidos y son homogéneos en cuanto al número de ítems que los componen.

La versión baremada del CENVE, consta de 15 ítems, en los que se consideran tres factores (salud, motivación - social y carácter - personalidad). Su formato de respuesta sigue un modelo Likert del 1 al 4 (1 = muy en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = algo de acuerdo y 4 = muy de acuerdo), que los sujetos marcan de acuerdo a lo que consideran que se ajusta a una persona mayor. Para cada uno de los factores la puntuación mínima es 5 y la máxima es 20. Un puntaje de 5 a 10 marca la presencia de un bajo nivel de categorizaciones o estereotipos negativos de 11 a 15 un nivel intermedio y de 16 a 20 un nivel alto.

Para la puntuación global, un puntaje entre 15 y 30 corresponde a un nivel bajo, de 31 a 45 intermedio y de 46 a 60 alto.

Los cuatro factores están compuestos por 5 ítems cada uno:

- Salud (Ítems 1, 4, 7, 10 y 13)
- Motivación -Social (Ítems 2, 5, 8, 11 y 14)

- **Carácter - Personalidad** (Ítems 3, 6, 8,12y 15)

El factor Salud explora en sus cinco ítems imágenes o categorizaciones asociadas a: deterioro de la memoria, enfermedad mental, deterioro de la salud, incapacidad y dependencia y deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación y confusión) en los adultos mayores.

El factor Motivación –Social evalúa las imágenes relacionadas a intereses, aspectos afectivos e interpersonales incluyendo la sexualidad y la capacidad para desempeñarse en forma efectiva.

El factor Carácter –Personalidad, estudia las imágenes asociadas al grado de rigidez mental, la labilidad emocional, el comportamiento infantil y el debilitamiento del estatuto de adulto.

5.5. PLAN DE ANALISIS

El **procedimiento** de planificación y recogida de datos se ha realizado de la siguiente forma: en primer lugar se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre el tema a nivel nacional, regional e internacional, encontrando una escasa producción relacionada al ámbito universitario de carreras sanitarias.

En segundo lugar se seleccionaron las carreras en la cuales se aplicaría el instrumento, solicitándose para la realización del estudio la aprobación por parte de las autoridades universitarias.

Durante el año 2009 se completaron los cuestionarios de las carreras de Fisioterapia y Psicomotricidad y durante el año 2010 aquellos correspondientes a Enfermería.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los estudiantes pertenecientes a la Escuela Universitaria de Tecnología Médica fueron contactados a partir de las clases del Área de Psicología invitándolos a colaborar en el estudio, informándolos acerca de las características y garantizándoles la preservación del anonimato. También se les informó que como requisito para la participación se les solicitaría un consentimiento informado por escrito (Anexo 2).

Los estudiantes de la Facultad de Enfermería fueron contactados en sus campos de práctica donde fueron informados de los objetivos, solicitándose su colaboración voluntaria y como control ético la firma del consentimiento informado.

Se recogieron los resultados a partir de la aplicación autoadministrada del instrumento. Con los resultados se elaboró una base de datos (Anexo 3) y se caracterizó la muestra según sexo, edad, lugar de procedencia y carrera. Posteriormente se realizaron análisis exploratorios y descriptivos de datos para describir las distribuciones. Mediante estadística descriptiva se calcularon medias, modas, máximos y mínimos, desviaciones típicas y porcentajes, lo cual fue procesado a través de SPSS versión 17.0.

Los resultados han sido presentados a través de diferentes representaciones gráficas según tipo de variables: histogramas, diagramas de barras y tablas de frecuencias. Se ha considerado oportuno realizar una exploración preliminar de la incidencia del sexo, edad, lugar de procedencia y carrera cursada, por los estudiantes de la muestra, en la mayor o menor presencia de estereotipos.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos de la intervención, la caracterización de la muestra, y los resultados a partir de la aplicación del CENVE.

6. RESULTADOS Y DISCUSION

6.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

6.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO

La tabla 1 muestra los porcentajes de encuestados según sexo, el 86% son mujeres y el restante 14% son hombres.

Tabla 1: Caracterización de la muestra por Sexo

		Valid Percent
Valid	Femenino	85,9
	Masculino	14,1
	Total	100,0

En el gráfico 1 se presentan dichos datos.

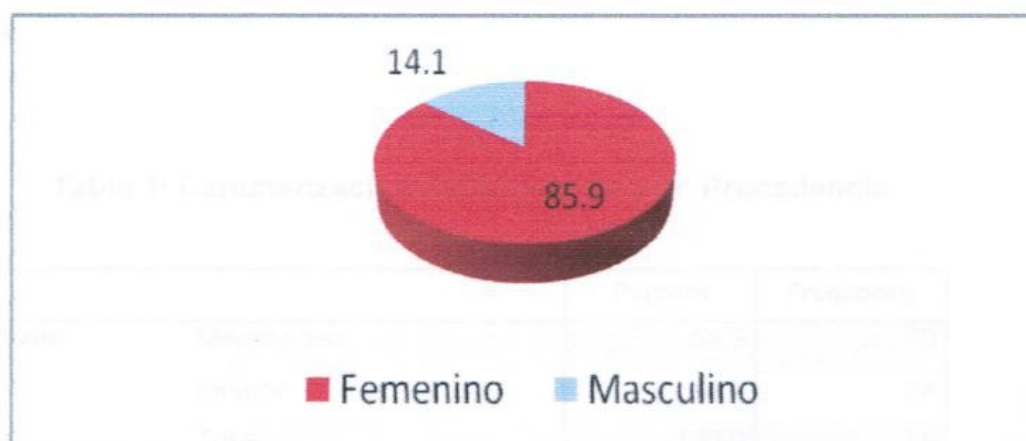


Gráfico 1: Caracterización de la muestra por Sexo

6.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD.

En la tabla 2 se observa, que el 77% de los estudiantes consultados, tienen entre 20 y 24 años y el 23% de 25 a 28 años de edad.

Tabla 2: caracterización de la muestra por Edad

Tramo de edad	Frecuencia	% de casos
20 a 24 años	60	76,9%
25 a 28 años	18	23.1%
Total	78	100%

6.1.3. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA.

La tabla 3 muestra que el 51,3% de los estudiantes proviene de Montevideo, mientras que el 48,7% lo hace de otras localidades del interior del país (Interior).

Tabla 3: Caracterización de la muestra por Procedencia

		Percent	Frequency
Valid	Montevideo	51,3	40
	Interior	48,7	38
	Total	100,0	78

A continuación el gráfico 2 expresa el lugar de procedencia de los encuestados

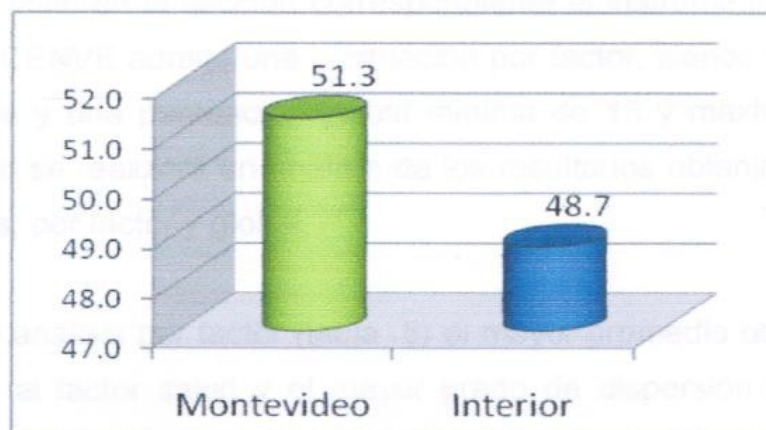


Gráfico 2: Caracterización de la muestra por procedencia

6.1.4. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POR CARRERA.

Tabla 4: Caracterización de la muestra por carrera

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermería	30	38,5	38,5	38,5
	Fisioterapia	26	33,3	33,3	71,8
	Psicomotricidad	22	28,2	28,2	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

6.2. PUNTUACIÓN POR FACTOR Y GLOBAL.

Como se ha visto en la sección correspondiente al instrumento de recogida de datos, el CENVE admite una puntuación por factor, siendo la mínima 5 y 20 la máxima y una puntuación global mínima de 15 y máxima de 60. En este apartado se realizará un análisis de los resultados obtenidos en ambas puntuaciones, por factor y global.

En cuanto al análisis por factor (tabla 5) el mayor promedio obtenido 11.81 corresponde al factor salud y el mayor grado de dispersión 2.44 al factor personalidad. El puntaje máximo alcanzado en los ítems fue de 17 correspondiendo al factor salud y los puntajes mínimos de 5 en cada uno de los factores motivacional - social y carácter - personalidad.

Tabla 5: Factores del CENVE

FACTORES		Salud	Motivación	Personalidad
N	Válidos	78	78	78
	Perdidos	0	0	0
Media		11.81	10.45	11.63
Moda		11(a)	10	12
Desv. típ.		2.233	2.074	2.445
Mínimo		7	5	5
Máximo		17	15	16

En el gráfico 3, se observan los resultados correspondientes a la distribución global del CENVE, un 63% de los encuestados presenta un nivel intermedio de estereotipos negativos, un 2% presenta un nivel alto, mientras que el 35% restante presenta un bajo nivel de estereotipos en la puntuación del cuestionario general. Estos valores, marcan la presencia de un 65 % de

estereotipos. La media de respuesta de los estudiantes consultados correspondió a una puntuación de 33.9 lo que equivale a un nivel global intermedio de estereotipos.

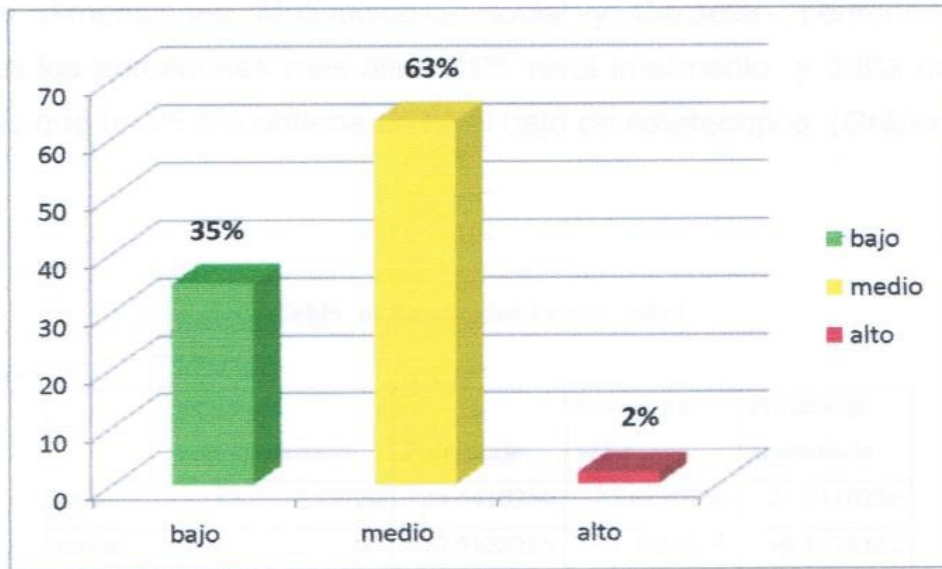


Gráfico 3: Distribución global



Gráfico 4: Percepción Factor Salud

El gráfico muestra cómo se distribuyen las categorías internas de la dimensión salud en la tabla 7- puede verse que los ítems 1 y el 13 son los que reciben

6.3. RESULTADOS FACTOR SALUD

El *factor salud* - tabla 6 - presenta 55 estudiantes que estereotipan a un nivel intermedio y 3 que lo hacen a nivel alto en el CENVE. Comparándolo con las dimensiones Motivacional- social y Carácter- personalidad, se obtienen los porcentajes más altos 71% nivel intermedio y 3.8% nivel alto, mientras que un 25.6% obtiene un nivel bajo de estereotipos. (Gráfico 4)

Tabla 6: Resultados Factor Salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bajo	20	25.6410256	25.6410256	25.6410256
medio	55	70.5128205	70.5128205	96.1538462
alto	3	3.84615385	3.84615385	100
Total	78	100	100	

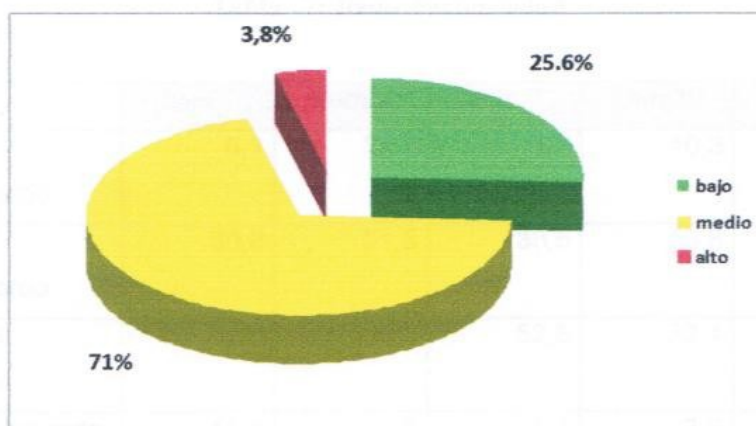


Gráfico 4: Porcentajes Factor Salud

Si analizamos como se distribuyen las categorías internas de la *dimensión salud* en la tabla 7- puede verse que los ítems 1 y el 13 son los que reciben

las más altas puntuaciones de los encuestados, es decir, tienen un alto porcentaje de acuerdo con el cuestionario de estereotipos negativos sobre la vejez.

El ítem 1 que expresa *“La mayor parte de las personas cuando llegan a los 65 años de edad comienzan a tener un considerable deterioro de la memoria”*, presenta un 64% de acuerdo entre los estudiantes.

Lo sigue el ítem 13 *“El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es un parte inevitable de la vejez”*. Con un 56.4% de acuerdo por parte de los entrevistados.

El ítem número 7 por su parte también obtiene un puntaje elevado: un 54% de acuerdo con el enunciado que expresa *“La mayor parte de los adultos mayores mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente en donde se produce un fuerte deterioro de la salud”*. Estos porcentajes se constatan en el gráfico 5.

Tabla 7: Ítems Factor Salud

	Ítem 1	Ítem 4	Ítem 7	Ítem 10	Ítem 13
Muy en desacuerdo	5,1	32,1	7,7	10,3	10,3
Algo en desacuerdo	30,8	61,5	38,5	53,8	33,3
Algo de acuerdo	52,6	5,1	52,6	32,1	44,9
Muy de acuerdo	11,5	1,3	1,3	3,8	11,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

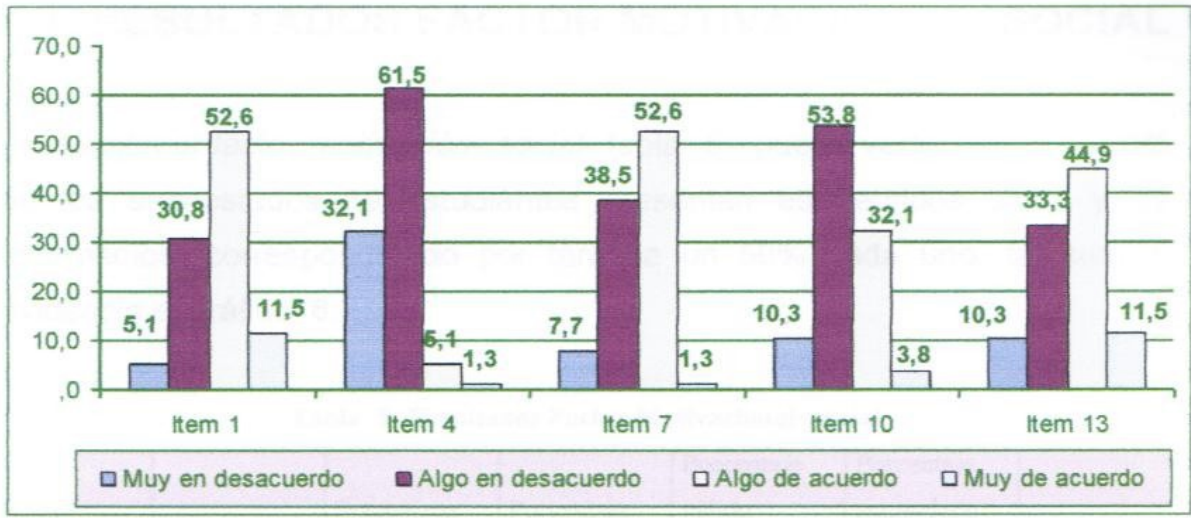


Gráfico 5: Ítems Factor Salud

El Factor Motivacional salud es por tanto el factor en el que menos se evidencian relaciones negativas. Esto se veja por pens de los estudiantes que comprenden la muestra de estudio.

6.4. RESULTADOS FACTOR MOTIVACIONAL- SOCIAL

El relación al *factor motivación- social-* tabla 8– puede verse que del 100% de los encuestados 39 estudiantes presentan estereotipos bajos y 39 intermedios, correspondiendo por tanto a un 50% cada uno, tal cual lo evidencia el gráfico 6.

Tabla 8: Resultados Factor Motivacional- social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bajo	39	50	50	50
medio	39	50	50	100
Total	78	100	100	

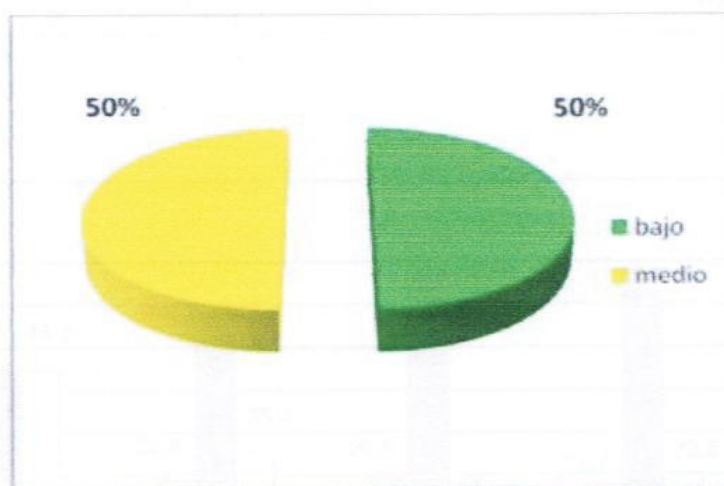


Gráfico 6: Porcentajes Factor Motivacional- social

El Factor Motivacional -social es por tanto el factor en el que menos se evidencian valoraciones negativas hacia la vejez por parte de los estudiantes que comprenden la muestra de estudio.

Respecto a la distribución de los ítems que integran la dimensión motivacional-social -tabla 9- puede observarse que el ítem 2 es el que obtiene un más alto porcentaje de acuerdo en el Cuestionario de Estereotipos Negativos sobre la Vejez. En el mismo se enuncia: **“Las personas mayores tienen menor interés en el sexo”**. Obteniendo un porcentaje del 46.2% total de acuerdo (Gráfico 7).

Tabla 9: Ítems Factor Motivacional – social

	Ítem 2	Ítem 5	Ítem 8	Ítem 11	Ítem 14
Muy en desacuerdo	9,0	20,5	20,5	16,7	20,5
Algo en desacuerdo	44,9	52,6	67,9	62,8	59,0
Algo de acuerdo	44,9	25,6	11,5	20,5	16,7
Muy de acuerdo	1,3	1,3	,0	,0	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

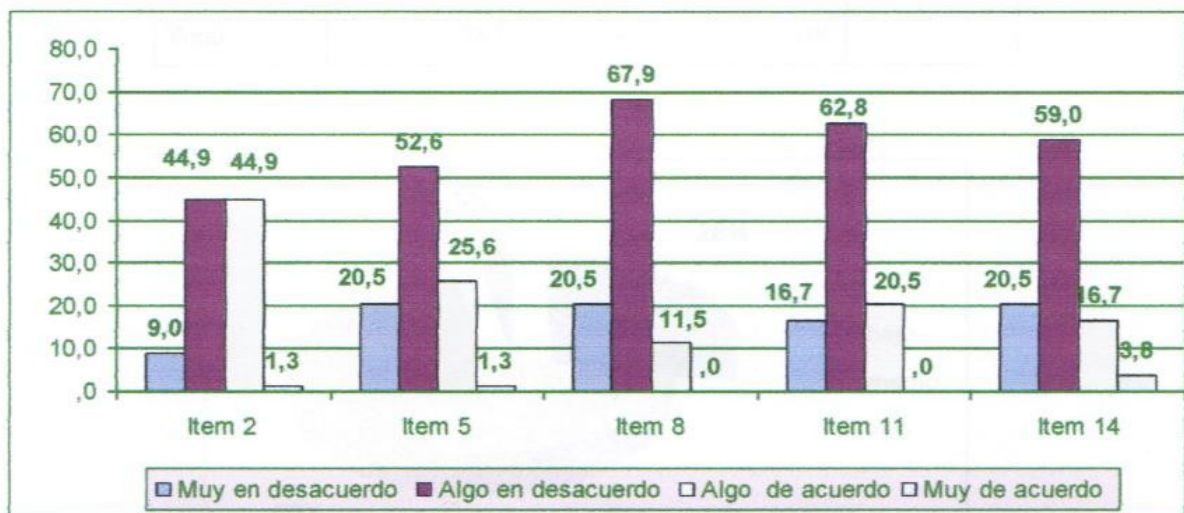


Gráfico 7: Ítems Factor Motivacional - social

6.5. RESULTADOS FACTOR CARÁCTER- PERSONALIDAD

El factor Carácter –Personalidad - tabla 10 - presenta un porcentaje de características similares al del factor Salud, 2 estudiantes están muy de acuerdo con la presencia de estereotipos, 54 con un nivel intermedio y 22 estudiantes con un bajo nivel.

Como puede observarse en el gráfico 8, el 71.5% de la muestra presenta niveles intermedios a altos de estereotipos, mientras que un 28% de los estudiantes obtienen porcentajes bajos

Tabla 10: Resultados Factor Carácter - personalidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bajo	22	28.2051282	28.2051282	28.2051282
medio	54	69.2307692	69.2307692	97.4358974
alto	2	2.56410256	2.56410256	100
Total	78	100	100	

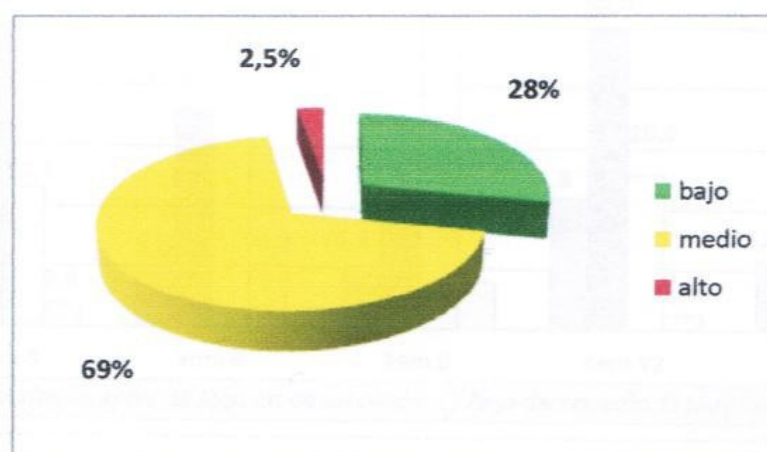


Gráfico 8: Porcentajes Factor Carácter - personalidad

Respecto a esta dimensión, puede verse que el **ítem 9** - tabla 11- que refiere a que **“Las personas mayores son en muchas ocasiones como niños”**, es el que obtiene mayor porcentaje de acuerdo por parte de los estudiantes consultados, un 68%. Gráfico 9.

Tabla 11: Ítems Factor Carácter – personalidad

	Ítem 3	Ítem 6	Ítem 9	Ítem 12	Ítem 15
Muy en desacuerdo	23,1	9,0	10,3	21,8	11,5
Algo en desacuerdo	50,0	35,9	21,8	50,0	53,8
Algo de acuerdo	23,1	44,9	60,3	25,6	33,3
Muy de acuerdo	3,8	10,3	7,7	2,6	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

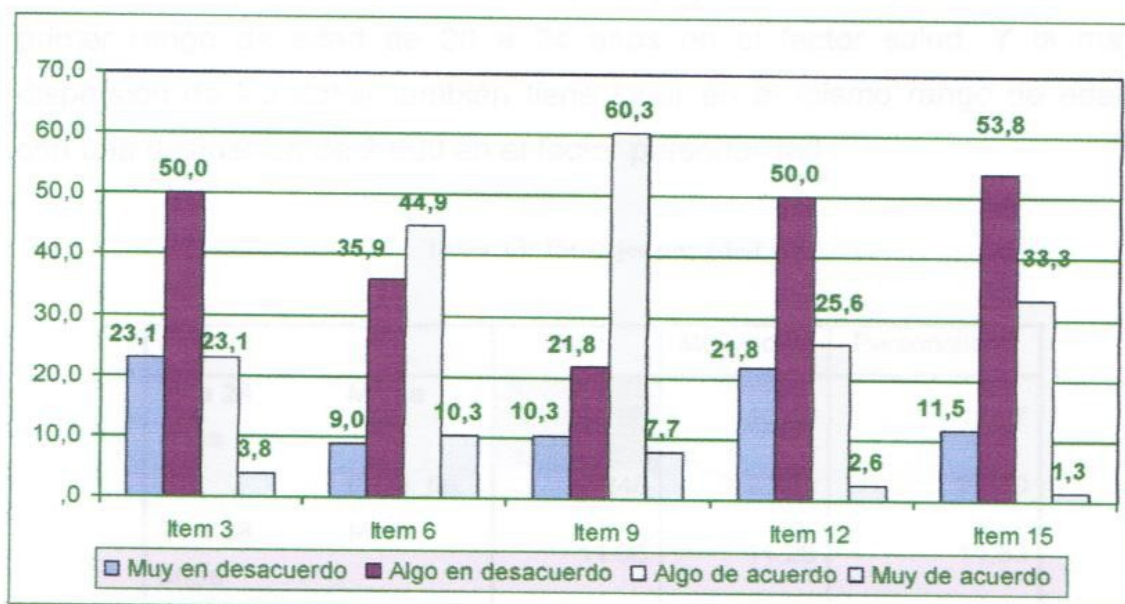


Gráfico 9: Ítems Factor Carácter - personalidad

6.6. RELACIÓN ENTRE VARIABLES

Con referencia al análisis por sexo (tabla 12), se observa el mayor puntaje en la población masculina correspondiente al factor personalidad con un puntaje promedio de 12.64. El mayor grado de dispersión también se ubica en el factor personalidad con una desviación estándar de 2.513

Tabla 12: Puntajes por sexo

Sexo		Salud	Motivación	Personalidad
F	Media	11.84	10.16	11.46
	Desv. típ.	2.294	2.012	2.513
M	Media	11.64	12.18	12.64
	Desv. típ.	1.912	1.601	1.748
Total	Media	11.81	10.45	11.63
	Desv. típ.	2.233	2.074	2.445

En el análisis por edad (tabla 13) el puntaje promedio mayor corresponde al primer rango de edad de 20 a 24 años en el factor salud. Y la mayor dispersión de los datos también tiene lugar en el mismo rango de edades con una desviación de 2.600 en el factor personalidad.

Tabla 13: Puntajes por edad

Edad		Salud	Motivación	Personalidad
20 a 24 años	Media	11.88	10.20	11.57
	Desv. típ.	2.248	2.153	2.600
25 a 28 años	Media	11.56	11.28	11.83
	Desv. típ.	2.229	1.565	1.886
Total	Media	11.81	10.45	11.63
	Desv. típ.	2.233	2.074	2.445

Con referencia al lugar de procedencia de los estudiantes (tabla 14), el puntaje promedio mayor lo obtienen aquellos procedentes de la ciudad de Montevideo, con un puntaje de 12.03 mientras que la mayor dispersión 2.877, la obtienen los estudiantes que provienen de otras localidades del país.

Tabla 14: puntajes por procedencia

Procedencia		Salud	Motivación	Personalidad
Montevideo	Media	11.85	10.68	12.03
	Desv. típ.	1.968	2.212	1.901
Otras localidades (Interior)	Media	11.76	10.21	11.21
	Desv. típ.	2.509	1.919	2.877
Total	Media	11.81	10.45	11.63
	Desv. típ.	2.233	2.074	2.445

En cuanto a los resultados por carrera (tabla 15) el mayor promedio alcanzado de 13.31 corresponde a la carrera de fisioterapia en el factor personalidad, Y el menor puntaje promedio se observa en la carrera de psicomotricidad correspondiendo a 9.77 en el factor motivación. En cuanto a la dispersión se evidencia en el factor personalidad con un 2.798 para la carrera de enfermería.

Tabla 15: Puntajes por carrera

Carrera		Salud	Motivación	Personalidad
Enfermería	Media	11.67	10.47	10.97
	Desv. típ.	2.631	2.224	2.798
Fisioterapia	Media	12.54	11.00	13.31
	Desv. típ.	1.816	1.523	1.594
Psicomotricidad	Media	11.14	9.77	10.55
	Desv. típ.	1.910	2.308	1.654
Total	Media	11.81	10.45	11.63
	Desv. típ.	2.233	2.074	2.445

7. DISCUSION

Para intentar responder a las interrogantes que dieron lugar a este estudio se formularon tres objetivos básicos, que se desarrollan a continuación:

En cuanto al primer objetivo:

- Identificar la presencia de estereotipos negativos hacia los adultos mayores, en estudiantes universitarios de tres carreras de la salud (Enfermería, Fisioterapia y Psicomotricidad).

Los resultados arrojaron la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez en la muestra evaluada.

Los hallazgos concuerdan con otros trabajos revisados, como el estudio pionero de Fernández Ballesteros (1992), en el cual a través de un cuestionario de estereotipos negativos que ha sido tomado como base para la redacción del CENVE, se encontraron percepciones negativas, denominadas "clichés estereotipados" hacia las personas mayores, en todos los grupos de edad encuestados. De estos estereotipos la autora destaca la percepción de enfermedad y discapacidad en relación a los aspectos físicos y funcionales; y de deterioro cognitivo y trastornos mentales en cuanto a los aspectos psicológicos. Por otra parte en referencia a los recursos psicosociales de las personas mayores en este estudio y en trabajos posteriores Fernández Ballesteros (1992, 1999 y 2002) se enfatiza la imagen predominante del mayor aislado, solo y desesperanzado.

Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes (2005) en investigaciones con estudiantes universitarios, que presentan altos niveles de estereotipos,

afirman que la existencia de una imagen negativa y falsa hacia la vejez no es inocente y perjudica seriamente a este colectivo, agregando que el atribuir al proceso natural de envejecimiento una consideración negativa, evidencia la fuerte presencia de estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores, que pone el énfasis en la patología más que en los aspectos salugénicos, las potencialidades y las fortalezas de las personas de edad, pudiendo ocasionar una disminución en cuanto a la responsabilidad social y profesional hacia las mismas.

Con relación al segundo objetivo:

- Describir la presencia de estereotipos en relación a la salud, motivación e intereses y características de personalidad de los adultos mayores, por parte de los estudiantes de la muestra.

Luego de haber realizado una descripción global de los puntajes obtenidos por los estudiantes en el CENVE y como forma de dar respuesta al segundo objetivo planteado, se describieron los tres factores que componen el Cuestionario: salud, motivacional social y carácter personalidad.

Los encuestados presentaron el nivel más alto de estereotipos en el factor salud, seguido por el factor carácter personalidad y por último el factor motivacional social.

Los resultados coinciden con otros estudios como los de Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes (2005) quienes enfatizan la predominancia de los prejuicios y estereotipos en el factor salud y un mejor posicionamiento del factor motivacional. Resultados que coinciden con los de Lasagni et al (2010) en su estudio multicéntrico donde participaron personas mayores y

estudiantes universitarios de diferentes disciplinas pertenecientes a 10 países latinoamericanos.

En estos trabajos, el proceso de envejecimiento se adscribe a una carga negativa poniendo énfasis en el deterioro y las pérdidas. Los gerontólogos denominan este aspecto "viejismo". En esta misma línea Franco, Villareal et al (2010), realizando un estudio en un hospital en México con personal sanitario, se refieren a la importancia de identificar los estereotipos en estudiantes y profesionales de disciplinas sanitarias, señalando su incidencia en la dificultad para reconocer la presencia de procesos patológicos en las personas mayores ya que asocian erróneamente edad con fragilidad y debilidad. En este estudio se ha constatado el empleo de la edad como un indicador para explicar las diferencias de comportamiento en adultos mayores y adultos de menor edad, llevando a formular diagnósticos y recomendaciones equivocados o desajustados.

Diferentes autores Fernández- Ballesteros (2002), Guillén, Ruipérez (2002), Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes , (2005), se refieren a los estereotipos más habituales y que llevan a determinados prejuicios hacia la salud de las personas de edad, que son aquellos que asocian vejez con enfermedad y la reducen así a un problema predominantemente físico o cognitivo. Esta visión de la vejez enfocada en las pérdidas tanto físicas como psicológicas, coincide con el denominado "viejismo" antes mencionado, que toma cuerpo como forma de diferenciar a los mayores del resto de la población. Investigadores de estas temáticas sostienen que ello guarda semejanzas con otros "ismos" ("sexismo" y "racismo", entre otros) considerando que son los grupos dominantes los que definen los rasgos, disposiciones y creencias hacia determinados grupos humanos, configurando el lugar que ocupan en la sociedad y su identidad, lo que trae aparejado cierto trato o tipo de relación diferente al resto de la sociedad; sosteniendo que ello constituye una forma de mantener el poder y el control

social (Arnaiz Sánchez, 2003; García, 2004; Losada, 2004; Salvarezza, 2005, Sánchez y Sáez, 2007, Martínez de Miguel López y Escarbajal Frutos, 2009).

Los ítems que puntúan más alto en el factor salud, confirman lo descrito más arriba dado que expresan predominantemente aspectos de deterioro físico y psíquico, pérdida de la funcionalidad, de la memoria, desorientación y confusión.

Esta perspectiva "viejista" prejuiciosa y discriminadora equiparable como se ha visto a la "racista" (Salvarezza, 2005; García y Lidón, 2007), ubica el período de la vejez asociándolo a decrepitud biopsicosocial y como antesala de la muerte. Ello entraña el riesgo de la profecía de autocumplimiento por parte de los ancianos, de ajustarse a los parámetros que la sociedad y los grupos de poder esperan de ellos.

Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes (2005), encontraron que una vez que los estereotipos se han formado, generalmente no desaparecen cuando las personas obtienen información que los contradice por lo que cuando la información que se ofrece no resulta coherente con el estereotipo del grupo, los sujetos tienden a considerar a esa persona mayor una excepción. Los autores mencionados consideran este hecho un medio para continuar sosteniendo el estereotipo de grupo a pesar de las evidencias en su contra. De esta forma sugieren que los sujetos van a seleccionar las interpretaciones de los hechos de forma de mantener coherencia con el estereotipo. Un ejemplo aparece en personajes públicos, como artistas, políticos, científicos de renombre, escritores, que permanecen profesionalmente activos o mantienen su actividad creativa hasta edades avanzadas, lo que tiende a considerarse como un envejecimiento excepcional en ese caso en particular, lo cual separa a ese sujeto de la mayoría de su grupo.

De acuerdo a informes del Ministerio de Salud Pública (MSP- PRONAM, 2005, 2009), si bien un 30% de los mayores uruguayos padecen enfermedades crónicas físicas y un porcentaje del 10% trastornos mentales, la mayor parte de la población de mayores, la constituyen personas auto válidas y socialmente integradas. El incremento del puntaje obtenido por los estudiantes en el factor salud evidencia la presencia de estereotipos que no toman en cuenta que aún cuando ocurren cambios físicos en la vejez, ello no significa que la vida de la persona adulta mayor conlleve la pérdida de propósitos y sentido vital y que por otra parte lo que puede ser considerada una excepcionalidad no es más que una forma de envejecimiento que se da en un número importante de personas en nuestro país.

El rol de enfermo que suele proyectar la sociedad en relación al viejo, lleva a que tanto este como su entorno limite los proyectos personales en pos de mantener su salud. Esta situación que para muchos mayores constituye algo natural ya que se encuentra sostenida socialmente (Rosenthal y Jacobson, 1968), acarrea el centrar la vida, preocupaciones y energía vital en el cuerpo; las temáticas giran en torno a enfermedades, lo que ocasiona la pérdida de un cierto margen de autonomía y de posibilidades de dirigir la energía al logro del desarrollo y la incursión por nuevas actividades e intereses (Sánchez y Sáez, 2007; Iacub, 2011).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, consideran el estado de salud funcional como un mejor indicador de salud para esta población. Una persona mayor funcionalmente sana es aquella que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal (Naciones Unidas, 2002; 2007).

Los trabajos de Levy, 1996, Levy et al (2002) y Levy y Banaji (2003), han sugerido que señales asociadas a la apariencia física y a determinadas conductas como moverse o caminar lentamente o determinadas características de personalidad, pueden activar los estereotipos tanto en las personas mayores como en otros miembros de la sociedad. Así los estereotipos promueven que se entienda la realidad desde una lectura selectiva y parcializada, en la que todas las evidencias llevan a demostrar la confirmación de los mismos (Fernández – Ballesteros, 2002; Levy y Banaji, 2003). Se niega de esta forma los atributos personales o individuales y se etiqueta y generaliza a los individuos de acuerdo a estas imágenes basadas exclusivamente en las características pertenecientes a un sector reducido de ese grupo de edad, limitando de esta forma su integración plena a la sociedad.

La educación juega un papel fundamental en la formación de actitudes positivas fundamentadas en la promoción de valores, en el reconocimiento aceptación y respeto del otro como vía para una convivencia armónica. Las actitudes hacia la vejez, se van gestando desde la educación primaria y es en esta etapa donde se produce la socialización que lleva a la aceptación o a la discriminación y marginación de determinados grupos sociales, por lo que sería necesario operar desde este ámbito mediante el fortalecimiento de los programas intergeneracionales existentes y la implementación de otros nuevos que permitan el desarrollo de actitudes positivas hacia la vejez (Escarbajal, 2007; Sánchez y Sáez, 2007; Martínez de Miguel López y Escarbajal Frutos 2009).

En esta perspectiva centrada en la educación, Fernández Ballesteros (2002), ha encontrado que los grupos de personas mayores con mejor nivel educativo y aquellos que continúan su educación hasta edades avanzadas, tienen una percepción de su salud más positiva, asociada a un mejor estatus físico, cognitivo y social, lo cual incrementa su participación e implicación

social aumentando su bienestar subjetivo y convirtiéndose en un factor protector para su salud mental.

La postura de "envejecimiento activo" es contraria a la de "envejecimiento pasivo" y a la teoría de desvinculación social, que dan origen y permiten perpetuar los estereotipos negativos con comportamientos de pasividad física y mental en el cual la persona mayor no se valora, no se cuida, no cree en sus posibilidades, se aísla, no se responsabiliza de sí misma, elementos todos que se constituyen en un factor de riesgo de patología mental, fundamentalmente de depresión (Fernández – Ballesteros, 2002).

Los estudios realizados por Greenwald y Banaji (1995), Levy (1996) y Levy y Banaji (2003) en relación a los estereotipos negativos y positivos hacia los mayores, concluyen en que la información con estereotipos positivos influye proporcionando una cierta protección contra los negativos, influyendo de la misma forma tanto sobre la conducta de los profesionales como de los propios adultos mayores y demostrando que dichos estereotipos positivos mejoran el rendimiento de los ancianos en diferentes áreas de funcionamiento.

Los resultados a los cuales se ha arribado en el presente estudio coinciden con los de los trabajos de Aristizábal Vallejo (2004), con estudiantes de ciencias de la salud en Colombia. Bernardini et al (2008), con estudiantes españoles de ciencias sanitarias y Lasagni et al (2010), que incluye estudiantes universitarios de disciplinas sanitarias, tecnológicas y sociales provenientes de 10 países latinoamericanos. En dichos trabajos se evidencia la presencia de estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores fundamentalmente enfocados hacia su salud tanto física como psíquica.

En los trabajos mencionados, se enfatiza que si los estudiantes, futuros profesionales entienden que si los trastornos mentales, cognitivos y

afectivos, así como las dificultades de memoria, el deterioro o la depresión, son normales, naturales y esperables en el proceso de envejecimiento, o bien que a edades avanzadas resulta imposible la mejora de estos trastornos; no considerarán soluciones o alternativas al diagnóstico precoz de los mismos ni a su tratamiento.

El Factor Motivacional –social, ha sido el factor en el que menos se evidencian valoraciones negativas hacia la vejez por parte de los estudiantes que comprenden la muestra de estudio, en relación a los otros factores. Datos que coinciden con los de Aristizábal Vallejo (2004), Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes (2005) y Lasagni et al (2010) Respecto al ítem perteneciente a este factor y que obtiene el mayor puntaje, los resultados también son coincidentes con los estudios anteriores y es el que enuncia que las personas mayores tienen menor interés en el sexo.

La concepción estereotipada acerca de la ausencia de vida sexual en las personas mayores, ha sido descrita en estudios como el de Orozco y Rodríguez Márquez, (2006) en las ciudades de Guadalajara y Jalisco en México, investigan la existencia de prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez en muestras integradas por adolescentes y jóvenes y por adultos mayores. Este estudio reporta los estereotipos más generalizados en adolescentes y jóvenes que son los referidos a ausencia de deseo sexual y de una actividad sexual muy limitada. En este estudio se resaltan, factores como el desconocimiento y actitudes prejuiciosas que llevan a que las personas mayores vivan los procesos relacionados a su sexualidad en silencio y con rechazo a su propia imagen, siendo la actitud más negativa en el caso de la mujer anciana.

Los trabajos de Iacub en Argentina sobre prácticas no discriminatorias en relación a las personas mayores del año 2009 y sobre la sexualidad en el envejecimiento y su relación con la identidad del año 2011, se refirieron a

la caracterización que hace la sociedad acerca de la sexualidad en la tercera edad que incluye la negación del erotismo de y hacia los adultos mayores, una demanda social de respetabilidad que espera de los mayores un mayor control de los deseos e impulso sexuales, imágenes del anciano como un ser asexuado o con una sexualidad regresiva o infantilizada y que reduce la sexualidad exclusivamente a la genitalidad poniendo así límite a toda otra forma de goce erótico.

Estos desarrollos dejan en evidencia que cuando estas concepciones estereotipadas negativas provienen del personal sanitario que debe velar por la salud integral, no se están brindando las condiciones adecuadas para el logro del bienestar y el disfrute de los derechos en todas las esferas de la vida, incluyendo a la sexual.

Detectado este aspecto, una de las temáticas a profundizar con los estudiantes *deber de relacionarse con la sexualidad de las personas mayores* y con la educación para la salud, que permitan erradicar las concepciones y prejuicios existentes.

El último de los factores estudiado es el factor *Carácter –Personalidad* y aquí el ítem que obtiene mayor puntaje es el referente a aquel que considera que las personas mayores son en muchas ocasiones como niños. Este es un estereotipo muy frecuente, que tiende a asociar el proceso de envejecimiento y la vejez a un proceso regresivo, que ocasiona que el anciano retome conductas y actitudes infantiles, por lo que debería ser tratado como un niño.

Esta consideración ubica a los ancianos en uno de los prejuicios más arraigados: *que la vejez infantiliza*, por lo cual como se ha apreciado en el desarrollo teórico de este estudio, promueve diferentes grados de

dependencia (Baltes y Silverber, 1995; Liberalesso Neri, 2009; Carbajo, 2009).

Para Blanca Mena, Sánchez Palacios y Trianes (2005), las personas mayores se encuentran asociadas a una perspectiva infantilizante, que los ubica junto a los discapacitados y retrasados, en una situación prejuiciosa de incompetencia y debilidad que requiere de actitudes paternalistas por parte de los profesionales que se relacionan con ellos

Los efectos de la infantilización ocurren tanto en el ámbito familiar como en el profesional, llegando a su máxima expresión en los lugares de institucionalización, como los centros de día y aún más en los residenciales. En estos ámbitos, se manifiesta un trato similar al que se mantiene con los infantes, se proponen actividades similares a las que se realizan con los pequeños, se los trata con un lenguaje infantilizado, utilizando diminutivos para referirse a ellos, y empleando gestos y términos que recuerdan el trato con niños. Estas manifestaciones que llevan a incrementar la dependencia descalificando sus necesidades y deseos, ocasionan pérdida de identidad, incremento de la dependencia y la adopción de conductas regresivas a modo de profecía de autocumplimiento (Montorio et al, 2002; Losada, 2004; Liberalesso Neri, 2009).

También se ha comprobado un lenguaje de tipo paternalista, poco estimulador, simplificado, con conversaciones de contenido superficial, que subraya el estatuto infantil del anciano, lleva a que la persona funcione en un menor nivel cognitivo y de independencia. El empleo de esta forma de comunicación profesional, se relaciona con bajas expectativas hacia los mayores, lo que lleva a la pasividad, la exteriorización de una escasa motricidad, falta de iniciativa y de interacción social, que conduce a fomentar los procesos de deterioro tanto físicos como mentales (cognitivos y afectivos). Incremento del deterioro y la pérdida de memoria, labilidad

afectiva, oscilaciones del humor, depresión, tristeza y llanto fácil (Montorio et al, 2002; Losada, 2004; Liberalesso Neri, 2009).

Con relación al tercer objetivo:

- Explorar en forma preliminar las tendencias existentes relacionadas a los puntajes obtenidos y las variables: sexo, edad, lugar de procedencia y carrera cursada, de los estudiantes que componen la muestra.

Con referencia al sexo, los resultados coinciden con otros estudios realizados como los de Aristizábal Vallejo, (2004) en Colombia, Bernardini et al (2008) en Salamanca España quienes trabajaron con estudiantes de carreras de la salud y por otra parte Franco, Villareal et al, (2010), quienes trabajando con personal de salud en un hospital general en la ciudad de Querétaro en México, en cuyas investigaciones, la población masculina es la que presenta mayor puntaje en relación a la presencia de estereotipos hacia la vejez.

En cuanto a la edad, en los estudios consultados, que involucraban a jóvenes estudiantes, se encontraron resultados semejantes, donde los grupos de participantes de 20 años, presentaban estereotipos más negativos que otros grupos de edad, tal los estudios de Gil Barreiro y Trujillo (1997) en Cuba.

Con referencia al lugar de procedencia el puntaje promedio mayor lo obtienen los estudiantes procedentes de la ciudad de Montevideo, ciudad que posee el mayor índice de envejecimiento del país, por lo que sería importante profundizar en futuros estudios y con muestras de características probabilísticas, si algunas condiciones propias de la capital (como tipo de transporte, distancias, cantidad de instituciones de acogida en relación a

otras ciudades del interior, entre otros) se relacionan significativamente con la mayor presencia de estereotipos en jóvenes universitarios.

En cuanto a los resultados por carrera, corresponde a la carrera de fisioterapia el mayor puntaje. En otros estudios que incluyen carreras sanitarias en sus muestras encuentran que los puntajes de mayor grado de estereotipos se obtuvieron en las carreras de medicina y enfermería (Aristizábal Vallejo, 2004) y enfermería (Bernardini et al, 2008).

Estudios como los de Sánchez, Trianes y Blanca (2004) en Málaga, muestran que modelos profesionales con una fuerte impronta en el segundo nivel asistencial, centrados más en la enfermedad que en la promoción de salud o en la prevención de enfermedades, presentan menores oportunidades de trabajar con poblaciones sanas a nivel comunitario, lo cual refuerza esta perspectiva. Estos aspectos, no hace más que confirmar la necesidad de un abordaje temprano que enfatizando la prevención y promoción de salud, contribuya a la jerarquización de aspectos positivos en la vejez.

8. CONCLUSIONES

Tomando como referencia los objetivos planteados y a partir de los resultados obtenidos y de la discusión de los mismos, se plantean a continuación una serie de conclusiones.

Se destaca que el perfil de estudiantes que componen la muestra es similar al de otros estudios realizados en Iberoamérica: España, Argentina Colombia, Cuba, México; en cuanto a la composición por sexo, edad y nivel de formación universitario.

En cuanto a las limitaciones del estudio se destaca que los resultados obtenidos son válidos exclusivamente para esta muestra y no son estadísticamente representativos de la población de estudiantes de ciencias de la salud en Uruguay, por lo que deben ser contrastados con otras investigaciones que incluyan muestras probabilísticas de estudiantes de las distintas carreras sanitarias.

Se ha encontrado que los participantes asocian el envejecimiento y la vejez a la presencia de enfermedades mentales, físicas y a la pérdida y deterioro de diferentes capacidades, lo que evidencia la presencia de estereotipos centrados en un modelo deficitario de la vejez, que se conoce como viejismo o ageismo.

El viejismo representa el rechazo a la imagen del cuerpo envejecido y por tanto a lo que no constituye la imagen social ideal. La propia imagen al envejecer, cuando no se ajusta a los patrones que la sociedad establece es fuente de malestar, una vivencia negativa del propio proceso de envejecimiento y perturbaciones relacionadas a la autoestima y al bienestar subjetivo que inciden en la salud mental.

La asociación de la vejez a enfermedades, deterioro de las habilidades físicas y cognitivas; y a la falta de intereses vitales, favorece prácticas profesionales discriminatorias, que influyen en las decisiones y en el compromiso profesional, así como en las conductas a tomar.

Los estudiantes, futuros profesionales sanitarios, deben contar con los recursos que les permitan identificar estas imágenes estereotipadas, de forma de no repetirlas ni dejarse llevar por el discurso social naturalizado, objetándolo y modificándolo a través de la formación y el conocimiento académico - profesional. Y de la experiencia de campo con personas mayores en los diferentes niveles de atención.

Se han constatado puntajes más altos en el factor salud, mediante la asociación de vejez con patología; en el factor personalidad relacionando los rasgos y características de las personas de edad a los de la infancia y en cuanto al factor motivacional, haciendo referencia a la ausencia de intereses sexuales por parte de los mayores.

Las investigaciones citadas en el marco teórico, indican que los estereotipos negativos respecto de la capacidad mental y física de los mayores, tienen una influencia en la toma de decisiones de los profesionales de la salud y autoridades de los servicios e instituciones. Si los profesionales estiman que los trastornos mentales, cognitivos y afectivos; como las dificultades de memoria, el deterioro o la depresión son normales, naturales y esperables en el proceso de envejecimiento, o bien que a edades avanzadas resulta imposible implementar estrategias terapéuticas que permitan mejorar estos trastornos; los técnicos no considerarán el diagnóstico precoz de los mismos, ni soluciones o alternativas, ni su posible tratamiento.

En cuanto a la presencia del estereotipo muy frecuente que asocia el envejecimiento y la vejez a un proceso regresivo de infantilización, el mismo, genera actitudes hiperproteccionistas que mantienen e incrementan el desvalimiento, la vulnerabilidad y la dependencia.

La supuesta ausencia de intereses y deseos sexuales en la tercera edad constituye otro estereotipo. Erróneamente se ha creído que no existían actividad ni interés sexual en la vejez, o que cuando se producían eran de tipo morboso y patológico ("el viejo verde"). Hoy se admite que la vida sexual persiste y se transforma constantemente a lo largo de toda la evolución individual, y sólo desaparece con la muerte. Sin embargo, la vida sexual de los ancianos es un tema poco conocido en nuestro ámbito sociocultural y sigue pesando sobre ella un tabú social muy marcado.

Con referencia a las tendencias existentes que relacionan las distintas variables a los puntajes del CENVE, la exploración acerca de las variables sociodemográficas y carrera cursada y su posible relación con la presencia de estereotipos, evidenció la tendencia a estereotipar en forma más negativa en los estudiantes de sexo masculino, que en los de sexo femenino, lo que concuerda con los hallazgos de otros estudios realizados en Latinoamérica y España que toman en cuenta esta variable. En cuanto a la edad, en los estudios consultados, que involucran poblaciones de jóvenes, se encuentran resultados similares referidos a la edad, observándose en general un ligero incremento en la posibilidad de estereotipar a medida que aumenta la edad.

Tomando en cuenta el lugar de procedencia de los sujetos de la muestra y su relación con la presencia de estereotipos, los estudiantes que provienen de Montevideo, presentan una tendencia a otorgar puntajes más negativos, que los provenientes de otras ciudades del país.

Y por último, en relación a la carrera cursada, se observa en fisioterapia el mayor puntaje alcanzado.

En la bibliografía nacional consultada y considerando las actuales políticas sanitarias, desde el ámbito académico universitario, se debería impulsar el desarrollo de programas dirigidos a que los profesionales incorporen pautas y actitudes tendientes al desarrollo de un envejecimiento y vejez "activa" "saludable" o "exitosa", que permita que los mayores pongan en marcha mecanismos de adaptación y compensación de sus posibles déficits. Por lo cual parte del trabajo profesional y de la experiencia formativa debería realizarse en los diferentes niveles asistenciales y en la riqueza de la interdisciplina que posibilitaría una mirada multidimensional del proceso.

EN SINTESIS

Este estudio, ha permitido conocer los estereotipos existentes en los jóvenes estudiantes de la muestra, dejando planteadas interrogantes y posibles líneas de profundización en salud mental que permitan incorporar una visión gerontológica interdisciplinaria, que aborde la integralidad del proceso de envejecimiento y de la vejez.

En la contrastación con estudios similares los resultados son coincidentes en muchas de las conclusiones:

- Que es necesario modificar los estereotipos y prejuicios del personal sanitario para que mejore la calidad asistencial, para ello se debe poder incidir, tanto en su formación de grado como de postgrado.
- Que la formación realizada en interdisciplina permite tener una perspectiva más amplia.

- Que la formación y educación para la salud de las propias personas mayores es otro aspecto a encarar.
- Que es importante la realización de actividades intergeneracionales para involucrar a las generaciones más jóvenes en la incorporación de aspectos positivos acerca del envejecimiento y la vejez.
- Que se debe profundizar en la realización de estudios longitudinales y comparativos, como forma de detectar cambios a mediano y a más largo plazo.

Quinn, J. A., Chan, M. & Dunne, N. (1996). A Antecedents of Social Support: Does Living in That Country and Street or Address of Birth Influence a Person's and Social Support? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), No. 2, pp. 289-300.

Robles, S. (1979). *Vejez de México*. México: Siglo Veintiuno.

Robles, S. K. (1990). *Psicología de la vejez*. México: Trilce, Universidad y Universidad Nacional Autónoma de México.

Robles, S. K., López, M., & Rodríguez, A. (2003). Attitudes toward the elderly among students in psychology programs at the University of Salamanca. *Spain Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 24(1), 26-30.

Robles, S. K., Pérez, R. y Rodríguez, S. (2011). Informe diagnóstico para la elaboración de líneas estratégicas de política pública en la temática de envejecimiento y vejez. *Monografía IMPO-MIDES*.

9. BIBLIOGRAFIA

Allport, G.W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Addison – Wesley.

Aristizábal-Vallejo, N. (2004). Imagen social de los mayores en estudiantes jóvenes. [Tesis de grado]. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Baltes, M. M. y Silverber, S. (1995). Adinamia dependencia e autonomía. En A. Liberalesso- Neri (Coord.): *Psicología do envelhecimento* (pp 70 -98). Campinas: Papyrus.

Bargh, J. A., Chen, M. & Burrows, M. (1996). *L. Automaticity of Social Behavior: Direct Effects of Trait Construct and Stereotype Activation on Action*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 71, No. 2, pp. 230 - 244

Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Bs. As.: Sudamericana.

Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*, Barcelona: Mason.

Bernardini, D.A. Morau, M. Hanna, M. Kalache, A. (2008). Attitudes toward the elderly among students of health care related studies at the University of Salamanca, Spain. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 28 (2), 86-90

Berriel, F. Pérez, R. y Rodríguez, S. (2011). *Informe diagnóstico para la elaboración de líneas estratégicas de política pública en la temática de envejecimiento y vejez*. Montevideo: Impo-MIDES.

Blanca Mena, M.J. Sánchez -Palacios, C. y Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 15(4):212-220.

Brown, R. y Gaertner, S.(2001). *Implicit and Explicit Attitudes: Examination of the Relationship between Measures of Intergroup Bias*. En: Blackwell Handbook of Social Psychology. Intergroup Processes Oxford Blackwell Publishing

Butler, R. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. New York: Harper & Row.

Cacabelos, R. (2000). Bases biológicas del envejecimiento cerebral. En R. Fernández – Ballesteros (Dir.): *Gerontología Social* (pp. 105- 149). Madrid: Pirámide.

Campbell, D.T. (1967). *Stereotypes and perception of group differences*. *American Psychologist*, (22) pp. 817- 829

Carbajo, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. En *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, N° 24. 87-96.

Caritas (2006). *Manual de especialización para gerocultores y auxiliares geriátricos*. Madrid: Caritas.

Cavasin , C. y Dauria, P. (2005). *El Sector salud en el Uruguay* Montevideo: Ideas

CELADE-CEPAL (2007). *Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Brasilia, UNFPA.

CELADE -CEPAL (2004). *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Santiago de Chile, UNFPA.

CEPAL (2000) *Cómo envejecen los uruguayos*. Montevideo:CEPAL

Cumming, E. y Henry. W. E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books Inc.

D'aquino – Oliveira- Texeira, I. N. y Liberalesso- Neril, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, São Paulo, jan./mar. 19(1), 81-94.

Diccionario de la Lengua Española (2001) 22ª Edición. Real Academia Española

Dulcey -Ruiz, E. (2006). Psicología del envejecimiento. En J. H. López, C.A. Cano y J.F. Gómez (Ed.): *Geriatría* (pp. 64-68). Medellín: CIB.

Dulcey -Ruiz, E. (2006). Calidad de vida. En: J. H. López, C.A. Cano y J.F. Gómez (Ed.): *Geriatría* (pp. 35-40). Medellín: CIB.

Escarbajal de Haro, E. (coord.) (2007). *Educación y Personas Mayores*. Murcia: Diego Marín.

Fernández – Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Madrid: SG Editores.

Fernández – Ballesteros, R. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fernández – Ballesteros, R. (2002). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Fornós E. (2001). *El Estereotipo Social de la Vejez*. I Congreso Virtual de Psiquiatría,

Franco, M. Villareal, E. et al (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista Médica de Chile* 138: 988-993.

García Huete, E. (2002). *Controle su vida: me cuido y disfruto*. En: *Vivir con Vitalidad (I). Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Pirámide.

García, A. y Lidón, B. (2007). Vejez autónoma y Educación social. En Escarbajal de Haro, A. (Coord.) *Educación y Personas Mayores* (pp. 87-99). Murcia: Diego Marín.

Gil Barreiro, M. y Trujillo, O. (1997). Estereotipos hacia los ancianos. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*; 13(1) pp.19-28.

Gonzalez, B. (1999). *Los estereotipos como factor de socialización en el género*. *Comunicar*, marzo, (12) pp.79- 88 Andalucía- España.

González Hidalgo, J. G. (2001). *El Envejecimiento: aspectos sociales* San José de Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Graumann, A. y Stroebe, W. (1989). *Stereotyping and prejudice: changing conceptions*. N.Y : Springer

Greenwald, A. y Banaji, M. (1995). *Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes*. *Psychological Review*. Vol. 102. No 1, pp. 4 - 27.

Greenwald, A. McGhee, D. y Schwartz, J. (1998). *Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test*.

Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 74, No. 6, pp. 1464 – 1480

Guillén Llera, F. y Ruipérez Cantera, I. (2002). *Manual de Geriátría*.

Barcelona :Masson.

Hamilton, D. L. y Troier, T.K. (1986). *Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach*. Orlando: Academic

Huenchuan, S. y Paredes, M. (2006). *Escenarios futuros de políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas*, Montevideo: Trilce.

Iacub, R. Castro, I. Petróngolo, M y Tuchmann, P. (2009). *Prácticas no discriminatorias en relación con adultas y adultos mayores*. Bs. As.: INADI

Iacub, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento*. Bs. As.: Paidós.

Instituto Nacional de Estadística (INE) Censo 2004 Fase 1. Resultados.

Consultado el 5 de julio de 2011 desde:

http://www.ine.gub.uy/fase1new/TotalPais/divulgacion_TotalPais.asp

Lasagni, V. Rodríguez, S. Bernal, R. et al. (2010). *Estereotipos hacia la vejez en adultos mayores y en estudiantes universitarios en diez países de América Latina*. Madrid. España. Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTEC).

Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.

Lemom, B. Bengston, V. y Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511 – 523.

Leopold, L. (1999). *Formación profesional. El caso de la Gerontología*. Montevideo: Multiplicidades.

Levy, B. (1996). *Improving Memory in Old Age Through Implicit Self-Stereotyping* *Journal of Personality and Social Psychology*. (71) pp. 1092 – 1107

Levy, B.R., Slade, M. & Kunkel, S. (2002). *Longevity Increased by Positive Self - Perception of Aging*. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 83, No. 2, pp. 261 - 270.

Levy, B.R. y Banaji, M.R. (2003). *Implicit Ageism*. En *Ageism Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. (pp. 120-145). A Bradford Book The MIT Press Cambridge, Massachusetts.

Liberalesso- Neril, A. (2009). Dependencia e autonomía. En Guariento, M.E. y Liberalesso Neri, A.(Ed.) *Asistencia ambulatoria al anciano*. (pp.37-45). Campinas: Átomo e Alinea.

Liberalesso- Neril, A. (org.) (1995). *Psicologia do envelhecimento*. Temas seleccionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus.

Lippmann, W. (1922). *Public Opinión*. Londres: Allen and Unwin.

Losada, A. (2004). *Edadismo: consecuencia de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. Informe Portal Mayores Nro. 14.

Martínez de Miguel López, S. y Escarbajal Frutos, A. (2009) La mediación intercultural dirigida a las personas mayores inmigrantes, *Mediaciones Sociales. Revista de Ciencias Sociales y de la Comunicación*, nº 4, primer semestre de 2009, pp. 159-187.

Maass, A. y Cadinu, M. (2003). Stereotype threat: When minority members underperform. *European Review of Social Psychology*, (14) pp. 243 – 275.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2009). *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento: Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio*. Montevideo: Impo –MIDES.

Mackie, M. (1973). *Arriving thuth by definition: Case of stereotype innacuracy*. *Social Problems*. (20) pp. 331- 447

Ministerio de Salud Pública -MSP (2005). Programa Nacional del Adulto Mayor. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública -MSP (2007). *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles*, Montevideo: MSP.

Monchietti, A., y Lombardo, E. (2000). *Estudio sobre la relación entre discurso científico, discurso social y representación social de la vejez*. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. ISSN 0329-5893. UBA. pp 67-76

Monchietti, A. y Pioletti, P. (2002). *Estudio de la representación social de la vejez en la comunidad gitana marplatense*. Revista Tiempo Nro. 10. Consultado el 10 de diciembre de 2010 desde: www.psicomundo.com

Montorio I, Izal M, Sánchez, M. y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez: La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 12: 61-71.

Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York, Naciones Unidas. Consultado el 7 de julio de 2011 desde:

http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1625/1/plan_internacional_de_madrid_sobre_envejecimiento_2002.pdf

Naciones Unidas (2007). *World Population Ageing*, Nueva York.

Organización Mundial de la Salud- OMS (2005). *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución*. Consultado el 8 de julio de 2011 desde: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_19-sp.pdf

Orozco, I. y Rodríguez Marquez, D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social*. 8 (1).3-10.

Oskamp, S. (1977). *Attitudes and Opinions*. N.Y. Prentice Hall

Palmore E (2004). *Older Can Be Bolder*. New York, NY: Create Space and Kindle.

Palma, M. y Sáez, J. (2007). Bases Pedagógicas de la educación de las personas mayores. En Palerm, A. (Coord.) Educación

Paredes, M. Ciarniello, M y Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. NIEVE – UNFPA.

Perlado, F. (2003). *Teoría y Práctica de la Geriátrica*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.

Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República. (2004). *Gerontología en Uruguay - Una construcción hacia la interdisciplina*. Montevideo: Narciso.

Richter, M. N (1956). *The conceptual mechanism of stereotyping*. American Sociological Review. (21) pp. 568-571

Rodríguez, F. y Rossel, C. (2009). *Panorama de la Vejez en Uruguay*. IPES – UNFPA.

Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York, USA: Holt, Rinehart and Winston.

Salvarezza, L (comp.) (2005). *La Vejez. Una mirada Gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.

Sánchez, C. Trianes, M.V. Blanca, M. J. (2004) *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Anales Univ. Malaga.

Sánchez, M. y Sáez, J. (2007). Bases Pedagógicas de la educación de las personas mayores. En Escarbajal de Haro, A. (Coord.): *Educación*.

Savio, I. Lucero, R. Fierro, F. Levi, S. Atchugarry, M- Casall, G. y Rolando, D. (2004). *Manual de Geriatría y Psicogeriatría*. Tomo I. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.

Savio, I. Clavijo, E. Lucero, R. Presa, D. Riverón, M. Rorher, C. Regina, R. y Queirolo, C. (2007). *Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos*. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

Smith, E. & Mackie, D. (1997). *Psicología Social*. Madrid: Panamericana.

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.

Tuzzo, R. (2007). Un aporte a la investigación de estereotipos implícitos acerca del envejecimiento y la vejez. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad* Vol.7 (1)] N° 25 189-202.

Tuzzo, R. (2009). Derechos Humanos Bienestar y Salud. En *Programa de Capacitación: En búsqueda de la equidad generacional* (pp. 13-16). Montevideo: REVUDELAR –MIDES.

Varela, C. (coord.) (2008). *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: Trilce.

Viguera V, (2001). *Prejuicios, mitos e ideas erróneas acerca del envejecimiento y la vejez*. Programa de seminarios por Internet. Seminario Temas de psicogerontología. Consultado el 12 de diciembre de 2010 en: www.psicomundo.com

Viguera V, (2006). *La Salud Mental a través de la Educación para el Envejecimiento*. Revista Tiempo Nro. 16. Consultado el 12 de diciembre de 2010 en: www.psicomundo.com

10. ANEXOS

Worchel, S. Cooper, J. Goethals, G.R. y Olson, J. (2000). *Psicología Social*. Mexico: Thompson.

Anexo 1. Tipos de emociones experimentadas negativas sobre la Vejez (JG)

Zamarrón, M. D. (2002). *Piense positivamente*. En: *Vivir con Vitalidad (I)*. Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo. Madrid: Pirámide.

Anexo 2. Consentimiento informado

Anexo 3. Escala de Jovis

10. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionarios de estereotipos negativos sobre la Vejez (CENVE).
Se adjunta uno por carrera.

Anexo 2: Consentimiento Informado.

Anexo 3: Base de datos

	PSICOLOGIA	EDUCACION	INGENIERIA	COMERCIO
1. El mayor porcentaje de personas que viven en hogares de la Vejez son mujeres.	X			
2. Los hijos de las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que los hijos de las personas que viven en hogares de la Vejez.		X		
3. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
4. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	X
5. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
6. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
7. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
8. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
9. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
10. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
11. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
12. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
13. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
14. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
15. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
16. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
17. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
18. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
19. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	
20. Las personas que viven en hogares de la Vejez son más pobres que las personas que viven en hogares de la Vejez.			X	

Anexo 1

ENFERMERIA

SEXO: F EDAD: 21 ULTIMO AÑO CURSADO: 2do
 OCUPACIÓN: estudiante PROCEDENCIA: San José

Cuestionario CENVE

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria	X			
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo		X		
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales			X	
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes			X	X
A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles			X	
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud		X		
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas			X	
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños		X		
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás			X	
A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos			X	
Los defectos de la gente se agudizan con la edad				X
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez		X		
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				X
Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chocean"			X	

SEXO MASC. EDAD 25 ULTIMO AÑO CURSADO 2do FISIOTERAPIA
 OCUPACIÓN ESTUDIANTE PROCEDENCIA MONTEVIDEO

Cuestionario CENVE

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria			X	
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo		X		
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"			X	
La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales			X	
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes			X	
A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles		X		
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud		X		
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas		X		
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños		X		
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás			X	
A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos			X	
Los defectos de la gente se agudizan con la edad		X		
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez		X		
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven			X	
Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"			X	

SEXO F EDAD 20 ULTIMO AÑO CURSADO 2do. Psicología
 OCUPACIÓN Estudiante PROCEDENCIA Colonia

Cuestionario CENVE

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria	X			
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo		X		
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"		X		
La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales			X	
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes			X	
A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles			X	
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud			X	
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas			X	
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños			X	
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás			X	
A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos			X	
Los defectos de la gente se agudizan con la edad		X		
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez		X		
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven			X	
Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"			X	

Anexo 2

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Lic. Rosario Tuzzo, de la Universidad de la Republica. Su objetivo es conocer los estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez que presentan estudiantes de carreras de la salud.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder a un Cuestionario sobre Estereotipos Negativos. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Lic. Rosario Tuzzo. He sido informado (a) acerca de su objetivo, que consiste en conocer los estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez que presentan estudiantes de carreras de la salud.

Se me ha indicado que tendré que responder a un cuestionario lo cual llevará un tiempo aproximado de 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 3: BASE DE DATOS CENVE

Suj	Sex	Sex_rec	Edad	Ocup	Proce	Proc_rec	Es_Cv	Cursa	Carre	Carri_num	P1	P4	P7	P10	P13	S	P2	P5	P8	P11	P14	M	P3	P6	P9	P12	P15	P	
1	F	1	23	E	Montevide	1	solt	3	Enfe	1	3	1	1	1	3	9	1	2	1	1	1	6	1	2	3	2	2	10	
2	F	1	22	E	Canelones	2	solt	3	Enfe	1	3	2	3	3	1	12	3	2	2	2	2	11	3	2	3	2	3	13	
3	F	1	20	E	Rivera	2	solt	3	Enfe	1	3	2	3	4	2	14	3	2	3	2	2	13	4	3	3	2	3	15	
4	F	1	22	E	Montevide	1	solt	3	Enfe	1	3	3	4	4	3	17	4	2	2	2	3	13	4	1	3	2	2	12	
5	F	1	21	E	San José	2	solt	3	Enfe	1	4	2	3	2	3	14	3	2	2	2	2	10	1	2	3	1	2	9	
6	F	1	22	E	Colonia	2	solt	3	Enfe	1	3	1	2	3	3	12	3	1	2	3	3	12	1	2	3	1	3	10	
7	F	1	24	E	Tacuare	2	solt	3	Enfe	1	4	1	2	3	4	14	1	1	2	1	2	7	1	2	4	1	3	11	
8	F	1	21	E	Playandú	2	solt	3	Enfe	1	4	2	3	2	2	13	1	3	2	2	2	10	1	1	2	2	2	8	
9	F	1	22	E	Rocha	2	solt	3	Enfe	1	3	1	3	2	3	12	3	1	1	1	2	9	1	1	1	1	1	5	
10	F	1	21	E	Florida	2	solt	3	Enfe	1	4	3	3	3	3	16	3	1	1	1	1	4	10	2	3	4	3	14	
11	F	1	23	E	Playandú	2	solt	3	Enfe	1	2	1	3	1	2	9	3	2	2	2	1	10	1	1	1	1	2	1	6
12	F	1	21	E	Canelones	2	solt	3	Enfe	1	1	1	1	3	2	8	1	1	1	1	2	1	6	1	1	3	1	1	7
13	F	1	26	E	Lavalleja	2	solt	3	Enfe	1	3	1	1	2	1	8	2	1	3	2	2	10	3	3	3	2	2	13	
14	F	1	23	E	Lavalleja	2	solt	3	Enfe	1	3	1	2	1	2	9	3	2	2	2	2	11	3	3	2	2	2	12	
15	F	1	27	E	Maldonado	2	solt	3	Enfe	1	2	1	1	1	2	7	3	3	1	1	1	8	1	2	2	2	1	8	
16	F	1	22	E	Montevide	1	solt	3	Enfe	1	3	1	2	2	3	11	3	3	2	2	2	12	3	3	3	2	2	13	
17	M	2	27	E	Montevide	1	solt	3	Enfe	1	3	2	3	3	3	14	3	2	3	3	3	14	2	2	3	1	3	11	
18	M	2	24	E	Montevide	1	solt	3	Enfe	1	2	1	1	2	4	10	2	2	2	2	3	4	13	1	3	3	4	1	12
19	M	2	21	E	Lavalleja	2	solt	3	Enfe	1	3	1	2	2	1	9	2	4	1	1	1	10	2	2	3	2	2	11	
20	F	1	22	E	Colonia	2	solt	3	Enfe	1	1	1	3	1	1	7	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	
21	F	1	23	E	Rocha	2	solt	3	Enfe	1	4	2	2	2	3	13	3	2	2	1	2	10	2	3	3	2	3	13	
22	F	1	21	E	Tacuare	2	solt	3	Enfe	1	2	2	3	4	4	15	3	2	2	2	3	13	3	4	3	2	3	15	
23	F	1	25	E	Flores	2	solt	3	Enfe	1	2	1	3	2	2	10	3	3	1	2	2	11	2	2	2	2	2	1	9
24	F	1	25	E	Fray Bentos	2	solt	3	Enfe	1	4	1	3	3	2	13	2	3	2	2	2	11	1	4	3	2	2	12	
25	F	1	21	E	Tacuare	2	solt	3	Enfe	1	3	2	3	2	2	12	3	2	2	2	2	12	3	2	3	2	3	13	
26	F	1	24	E	Montevide	1	solt	3	Enfe	1	3	2	3	3	2	13	3	2	2	2	2	11	1	2	3	2	2	10	
27	F	1	22	E	Canelones	2	solt	3	Enfe	1	2	2	2	2	3	11	2	2	2	2	2	10	3	3	3	3	2	14	
28	F	1	27	E	Florida	2	solt	3	Enfe	1	2	2	3	2	4	13	2	2	2	2	2	10	3	2	3	2	2	12	

29	F	1	23	E	Florida	2	solt	3	Enfe	1	3	3	3	2	2	3	14	3	2	2	2	2	3	12	3	2	2	3	2	2	12	
30	M	2	22	E	Montevide	1	solt	3	Enfe	1	2	2	2	2	2	3	11	3	3	2	2	3	2	13	2	3	3	3	3	3	14	
31	F	1	22	E	Colonia	2	solt	3	Fislo	2	3	2	3	2	2	2	13	2	2	2	2	2	2	10	2	2	3	2	2	2	11	
32	F	1	24	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	2	2	3	2	2	2	11	3	1	2	2	2	4	12	2	4	3	3	3	3	15	
33	M	2	28	E	Durazno	2	solt	3	Fislo	2	3	2	3	3	3	4	15	3	3	3	3	3	3	15	2	4	3	3	3	3	15	
34	F	1	24	E	Tacuarem	2	solt	3	Fislo	2	3	2	3	3	3	4	15	2	1	2	3	3	3	11	3	3	3	3	3	3	15	
35	F	1	21	E	Canelones	2	solt	3	Fislo	2	3	1	3	3	4	14	2	2	3	2	2	2	1	10	2	3	3	3	3	2	13	
36	F	1	20	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	2	3	2	2	12	2	2	2	2	2	2	1	9	3	4	2	2	2	2	13	
37	M	2	27	E	Rivera	2	solt	3	Fislo	2	2	2	2	2	2	11	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	3	2	11	
38	F	1	25	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	1	2	2	2	11	2	2	2	2	2	2	10	1	2	4	2	2	3	2	11	
39	F	1	20	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	2	3	3	3	3	14	2	2	3	2	3	1	11	2	4	3	4	3	4	3	16	
40	F	1	22	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	2	3	3	3	14	3	3	3	2	2	2	12	4	3	3	3	3	3	3	16	
41	F	1	24	E	Tacuarem	2	solt	3	Fislo	2	3	2	3	3	3	14	2	2	2	1	2	2	9	2	4	4	4	1	1	1	12	
42	F	1	22	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	2	2	3	2	2	11	3	3	3	2	2	2	13	2	2	2	2	2	2	2	3	11
43	M	2	21	E	Cerro Largo	2	solt	3	Fislo	2	2	2	3	2	2	3	12	3	2	2	2	2	11	2	3	3	3	3	3	3	14	
44	F	1	22	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	2	1	2	2	2	9	3	1	2	2	2	2	10	2	2	3	3	3	2	2	13	
45	M	2	21	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	2	2	2	2	1	9	3	3	3	2	3	2	13	3	3	3	3	1	3	3	13	
46	F	1	23	E	Maldonad	2	solt	3	Fislo	2	4	2	3	3	2	14	3	2	2	2	2	2	11	3	3	3	3	2	3	3	14	
47	F	1	26	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	2	3	3	3	14	3	3	3	2	3	2	13	2	3	4	2	3	4	2	14	
48	F	1	27	E	Colonia	2	solt	3	Fislo	2	3	4	2	3	1	13	3	3	3	2	3	1	12	2	4	3	2	3	2	3	14	
49	F	1	21	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	2	2	3	1	3	11	2	2	2	2	2	1	8	2	3	4	3	3	3	3	15	
50	M	2	21	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	2	2	2	3	13	2	2	2	3	3	2	12	2	2	2	2	2	2	2	10	
51	M	2	25	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	2	2	3	2	3	12	3	2	2	3	2	2	12	2	3	3	3	3	2	2	13	
52	M	2	21	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	2	2	3	2	12	2	2	3	3	2	1	11	2	3	3	3	3	3	4	15	
53	F	1	24	E	Paysandú	2	solt	3	Fislo	2	3	2	2	2	2	11	2	2	2	2	2	2	10	2	3	3	3	2	3	3	13	
54	F	1	20	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	4	2	3	3	4	16	2	3	2	3	2	1	10	2	3	3	2	2	2	2	12	
55	F	1	21	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	2	3	3	3	14	2	2	2	2	2	2	10	2	3	3	3	3	3	2	13	
56	F	1	25	E	Montevide	1	solt	3	Fislo	2	3	1	2	2	3	11	2	3	2	3	2	2	11	2	3	3	3	3	2	2	13	
57	F	1	20	E	Montevide	1	solt	3	Psicom	3	3	2	2	2	2	11	2	2	2	2	2	1	9	2	3	2	3	2	1	2	10	
58	F	1	20	E	San José	2	solt	3	Psicom	3	3	2	2	2	2	12	2	2	2	2	2	2	11	2	3	2	2	2	2	2	3	12

59	F	1	20	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	2	2	2	12	3	3	3	2	2	2	12
60	F	1	24	E	Canelones	2	soft	3	Psicom	3	3	2	1	1	9	2	1	2	2	1	1	7
61	F	1	20	E	Colonia	2	soft	3	Psicom	3	4	2	2	2	13	3	2	2	2	2	2	11
62	F	1	21	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	2	2	2	2	10	3	2	2	2	2	2	11
63	F	1	26	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	2	2	3	2	12	2	3	2	2	3	2	13
64	F	1	23	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	2	2	2	3	11	1	1	2	1	3	2	11
65	F	1	21	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	1	2	2	9	1	1	1	2	1	2	8
66	F	1	20	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	2	3	2	13	3	3	2	2	3	2	12
67	F	1	27	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	1	3	2	13	2	2	2	1	2	3	10
68	F	1	24	E	Canelones	2	soft	3	Psicom	3	2	1	2	1	8	2	1	2	2	1	2	8
69	F	1	26	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	1	2	2	2	9	2	2	3	3	3	1	12
70	F	1	27	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	2	1	2	2	9	2	2	2	2	2	2	12
71	F	1	21	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	2	2	2	2	11	3	2	2	3	2	2	12
72	F	1	23	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	1	2	3	11	2	1	1	2	3	1	9
73	F	1	27	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	2	3	2	13	2	2	2	3	1	2	9
74	F	1	21	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	2	3	3	14	2	2	1	2	3	1	9
75	F	1	20	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	2	3	3	14	2	2	2	2	3	1	12
76	F	1	21	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	2	1	2	3	10	2	1	1	1	3	1	12
77	F	1	22	E	Montevideo	1	soft	3	Psicom	3	3	2	3	2	13	2	2	2	3	2	2	11
78	F	1	22	E	Rivera	2	soft	3	Psicom	3	1	2	1	2	8	3	2	1	2	2	2	9