



---

---

**Universidad Autónoma del Estado de México**  
**Centro Universitario UAEM Ecatepec**  
**Maestría en Psicología y Salud**

**Viejismo, sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en  
personas mayores del Estado de México: path analysis**

**TESIS**

**Que para obtener el grado de: Maestra en Psicología y Salud**

**Presenta:**

**Andrea Santos Monroy**

**Director:**

**Dr. Arturo Enrique Orozco Vargas**

**Codirectora:**

**Dra. Georgina Contreras Landgrave**

**Tutora:**

**Dra. Ma. de Lourdes Vargas Santillán**



# Índice

Resumen.....	8
Abstract .....	9
Introducción.....	10
Capítulo 1. Antecedentes .....	12
1.1    Revisión sistemática.....	12
Capítulo 2. Marco teórico - conceptual.....	14
2.1 Marco teórico .....	14
2.1.1 Viejismo .....	14
2.1.2 Estereotipos.....	16
2.1.3 Teoría de la encarnación de los estereotipos.....	18
2.1.4 Teoría de la comparación social.....	19
2.3 Prejuicios.....	19
2.3.1 Teoría de manejo del terror.....	22
2.3.2 Teoría de la dominancia social.....	22
2.3.3 Condicionamiento clásico y mera exposición para explicar la relación entre el componente afectivo y las actitudes.....	24
2.4 Discriminación .....	25
2.4.1 Teoría de la identidad social.....	26
2.4.2 Perspectiva socio-evolutiva y socio funcional .....	29
2.4.3 Teoría del rol social.....	29
2.5 Vejez.....	29
2.5. Envejecimiento.....	32
2.5.1 Teoría de la actividad.....	35
2.5.2 Teoría de la continuidad .....	36
2.5.3 Teoría de la modernización .....	37
2.5.4 Teoría de la rotulación social.....	37
2.5.5 Teoría de la estratificación por edad .....	37
2.5.6 Teoría de los roles .....	38
2.5.7 Modelos familiares y su influencia en la vejez .....	38
2.6 Actitud.....	39
2.6.1 Teoría de la acción razonada .....	39
2.6.2 Disonancia cognitiva.....	40

2.6.3 Modelo metacognitivo de las actitudes .....	40
2.6.4 ¿Cómo se mantienen las actitudes?.....	41
2.6.5 Actitudes explícitas e implícitas .....	43
2.6.7 Medición de las actitudes.....	44
2.6.8 Instrumento de medición de diferencial semántico .....	44
2.6.8.1 Escala de Likert.....	45
2.7 Marco Conceptual .....	46
2.7.1. Ansiedad .....	46
2.7.2 Sintomatología de ansiedad en personas mayores.....	47
2.7.3 Prevalencia de ansiedad en personas mayores.....	48
2.7.4 Factores de riesgo para la ansiedad en las personas mayores.....	48
2.8 Depresión .....	50
2.8.1 Clasificación de la depresión según el DSM-V.....	51
2.8.2 Síntomas de un episodio de depresión mayor .....	52
2.8.3 Sintomatología de depresión en personas mayores .....	52
2.8.4 Prevalencia de depresión en personas mayores .....	54
2.8.5 Factores de riesgo asociados a la depresión en la vejez.....	56
2.9 Estrés .....	57
2.9.1 Estrés en personas mayores.....	57
2.9.2 Factores de riesgo asociados al estrés en las personas mayores .....	58
Capítulo 3. Planteamiento de la investigación.....	60
3.1 Planteamiento del problema .....	60
3.2 Pregunta de investigación .....	67
3.3 Justificación .....	67
3.4 Objetivos .....	69
3.4.1 General .....	69
3.4.2 Específicos.....	69
3.5 Hipótesis.....	69
Capítulo 4. Marco metodológico.....	71
4.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación.....	71
4.2 Ubicación de la investigación.....	71
4.3 Muestra.....	71
4.4. Inclusión.....	72

4.5 Exclusión:.....	72
4.6 Eliminación.....	72
4.5 Etapa de gestión.....	72
4.6 Etapa de recopilación de la información.....	73
4.7 Instrumentos.....	74
4.7. 1 Depression Anxiety Stress Scale.....	74
4.7.2 Cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento.....	74
4.7.3 Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el envejecimiento .....	75
4.7.4 Cuestionario de Actitudes hacia el Envejecimiento .....	75
4.8 Proceso de análisis y presentación de los datos .....	75
4.8.1 Proceso de análisis de los datos .....	75
4.8.2 Detección de datos atípicos .....	76
4. 9 Consideraciones éticas de la presente investigación.....	76
Capítulo 5. Resultados.....	79
5.1 Descripción de la muestra.....	79
Medición de los tres componentes de las actitudes viejistas.....	81
Tabla 3 .....	81
Estadísticos descriptivos de estereotipos, prejuicios y discriminación .....	81
Medición de la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés .....	82
Tabla 4 .....	82
Estadísticos descriptivos de ansiedad, estrés y depresión.....	82
Análisis de correlación.....	82
Path analysis (análisis de trayectoria) .....	85
Modelo base.....	87
Efectos de discriminación y prejuicios.....	89
Efectos en depresión y ansiedad .....	91
Análisis de los efectos de mediación.....	92
Discusión .....	97
Conclusiones.....	107
Referencias.....	109
Anexos.....	145

## Resumen

Diversos estudios han analizado el impacto de las actitudes en relación a la vejez y el envejecimiento señalando que este fenómeno se vincula con distintas dimensiones de la vida, como el apoyo social, nivel económico, nivel educativo, la salud y el nivel de satisfacción personal. Sin embargo, la investigación en relación con las actitudes viejistas percibidas por las personas mayores y su salud mental es limitada, específicamente, en lo que a la región geográfica respecta. En ese sentido, el presente estudio examinó la relación del viejismo, ansiedad, estrés, y depresión en personas mayores del Estado de México usando un path analysis. La muestra ( $n = 182$ ) respondió cuatro cuestionarios a papel y lápiz de manera presencial, además, se incluyeron preguntas sociodemográficas. Los datos se analizaron utilizando un path analysis (análisis de trayectoria). Los resultados indican que los estereotipos, prejuicios y conductas de exclusión percibidas por razones de edad, por parte de las personas mayores, se asociaron estadísticamente con la sintomatología del estrés, ansiedad y depresión. El modelo que mejor ajuste presentó fue el que contempla los prejuicios y discriminación como variables predictoras de ansiedad y depresión; sin embargo, el modelo que contempló todas las variables de estudio también mostró un ajuste adecuado. Asimismo, la discriminación y los prejuicios mostraron un efecto mediador. Los hallazgos de la investigación evidencian la magnitud del viejismo en relación con la salud mental de personas mayores.

**Palabras clave:** Estereotipos, prejuicios, discriminación, vejez, envejecimiento, salud mental

## Abstract

Several studies have analyzed the impact of attitudes towards old age and ageing pointing out that this phenomenon is related to different aspects of life, such as social support, health, and personal satisfaction. However, research on the relation between ageist attitudes perceived by older adults and their mental health is limited, specifically in terms of geographical region. In this context, the present study examined the relation between ageism, stress, anxiety, and depression in older adults in the State of Mexico using path analysis. The sample ( $n = 182$ ) responded to four paper-and-pencil questionnaires in person, which also included sociodemographic questions. The data were analyzed using path analysis. Results of this research showed that stereotypes, prejudices, and exclusionary behaviors perceived by older adults were statistically associated with symptoms of stress, anxiety, and depression. The model that best fit the data was the one that considered prejudice and discrimination as predictor variables of anxiety and depression. However, the model that considered all the study variables also showed an adequate fit. Furthermore, discrimination and prejudice showed a mediation effect. The research findings highlight the magnitude of ageism in relation to the mental health of older adults.

**Keywords:** Stereotypes, prejudice, discrimination, old age, ageing, mental health

## Introducción

El incremento de personas mayores constituye uno de los cambios demográficos de mayor significancia del siglo XXI, generando retos considerables para los sistemas de salud y la población en general. En este sentido, la investigación sobre la salud en personas mayores resulta importante, ya que aspectos como el vejeismo, el estrés, la ansiedad y la depresión afectan de manera notable la calidad de vida de este sector poblacional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

El vejeismo, entendido como estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas mayores, se manifiesta en actitudes sociales, prácticas institucionales y creencias culturales que afectan la autoestima, el bienestar y la integración social de los adultos mayores (Salvarezza, 1988). Esta forma de discriminación puede contribuir al aislamiento social y al deterioro de la salud mental, incrementando la vulnerabilidad ante trastornos como el estrés, la ansiedad y la depresión (Ayalon & Tesch-Römer, 2018).

Además, las personas mayores enfrentan cambios en su entorno, disminución de capacidades funcionales y, en muchos casos, la pérdida de seres queridos, factores que pueden desencadenar cuadros de ansiedad y depresión (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). Según la OMS (2017), aproximadamente el 15% de las personas mayores sufren algún tipo de trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión los más prevalentes. La evidencia sugiere que el funcionamiento familiar y el apoyo social son factores protectores que pueden mitigar el impacto negativo del estrés y reducir la incidencia de ansiedad y depresión en este grupo poblacional (Cabrera & Montorio, 2009; Pascoe & Smart, 2009). El objetivo principal de la presente investigación fue analizar la interacción entre vejeismo, ansiedad, estrés y depresión en personas mayores. El abordaje integral de estos temas permitirá proponer estrategias de intervención orientadas a

optimizar la salud mental y el bienestar en personas mayores, contribuyendo así a una vejez más digna, activa y saludable.

# Capítulo 1. Antecedentes

## 1.1 Revisión sistemática

Se realizó la revisión sistemática con la finalidad de analizar y aportar evidencia científica basada en la literatura existente acerca del vejeismo como un factor relacionado con la sintomatología depresiva en personas mayores. Asimismo, se identificaron estudios que incluyen las variables de estudio. Los resultados indican que el vejeismo es un factor vinculado a problemas de salud. En este contexto, la revisión más reciente de Chang et al. (2020) fundamentó su estudio en la teoría de la encarnación de los estereotipos (Levy, 2009), la cual describe cómo los estereotipos negativos generan discriminación por edad y cómo esta percepción puede internalizarse, afectando no solo la autopercepción del envejecimiento, sino también la salud física y mental de las personas mayores. De igual forma, Chang et al. (2020) reportaron en el 95% de los estudios evidencia de que el vejeismo influye en trastornos mentales, siendo la depresión la condición más estudiada. Además, se señala que el vejeismo afecta la salud en todas las regiones geográficas. De manera similar, los resultados de esta revisión muestran una notable concordancia. También se destacó la relevancia de variables sociodemográficas como estado civil, nivel educativo e ingresos económicos. Por ejemplo, Shippee et al. (2019) enfatizan que la educación, el estado civil y el sentido de control personal actúan como factores protectores frente a los síntomas depresivos, mientras que la tensión financiera se identifica como un predictor negativo y fuerte. Respecto a la discriminación por edad en el ámbito laboral, se encontró que la percepción de exclusión por motivos de edad incrementó los síntomas depresivos en población adulta mayor (Chang et al., 2020; Shippee et al., 2019).

Por otro lado, el método empleado para esta revisión garantizó la calidad del estudio, cada artículo cumplió con los criterios establecidos. El 100% de los estudios incluidos evidenciaron consecuencias negativas del vejeísmo en la salud mental de las personas mayores. No obstante, varios trabajos utilizaron instrumentos de medición basados en autoinformes, lo cual puede considerarse una limitación. Finalmente, es importante señalar que, aparte del concepto de edad subjetiva y el apoyo social, no se identificaron otras variables que puedan contribuir a mediar o, eliminar la discriminación por edad y sus efectos adversos en la salud general de las personas mayores. Por ello, se recomienda realizar futuras revisiones sistemáticas que aborden este aspecto para ampliar el conocimiento y fomentar la sensibilización y cuidado respecto a este grupo etario.

Los resultados de esta revisión sistemática permiten concluir que: 1) la discriminación por edad está asociada con un deterioro en la salud mental, especialmente con la depresión; 2) esta discriminación no solo afecta la salud, sino que también se relaciona con problemas económicos; 3) el vejeísmo se vincula con características sociodemográficas como género, nivel educativo, estado civil y situación financiera; 4) variables como la edad subjetiva, el apoyo social y la tensión financiera actúan como mediadoras entre la discriminación por edad y sus repercusiones negativas en la salud; y 5) la información disponible sobre estrategias para erradicar la discriminación por edad es escasa. En resumen, la discriminación por edad mostró una prevalencia superior a otras formas de discriminación, como la basada en la raza, lo que evidencia la necesidad de reflexionar sobre esta problemática a nivel global, considerando que el envejecimiento es una experiencia universal, a diferencia de otras características que suelen ser motivo de discriminación.

## Capítulo 2. Marco teórico - conceptual

### 2.1 Marco teórico

#### 2.1.1 *Viejismo*

El *viejismo* tiene que ver con las actitudes que se asocian a las personas mayores, el proceso de envejecimiento y la vejez, generando estereotipos, prejuicios y conductas de discriminación hacia este grupo etario bajo la creencia de que el envejecimiento convierte a las personas en menos inteligentes, atractivas, así como menos productivas presentando también una disminución en su sexualidad (de Miguel, 2006). Además, el *viejismo* puede ser implícito o explícito (Levy & Banaji, 2002, Palmore et al., 2005), y los niveles en lo que se ejerce son: micro, meso y macro, es decir, a nivel individual, institucional y cultural (Iversen et al., 2009). Por último, los estereotipos y prejuicios pueden ejercerse de manera tanto positiva, como negativa, de igual forma que la discriminación puede practicarse en contra, o en beneficio de este grupo etario (Fiske et al., 2002; Kite et al., 2005; Levy & Banaji, 2002).

El término *ageism* lo acuñó Butler (1969), y se refiere al prejuicio ejercido por un grupo de personas hacia otras de diferente edad. Posteriormente, se definió como un proceso que involucra una serie de estereotipos y discriminación dirigido a las personas por motivos de tener una edad avanzada (Butler, 1975). Finalmente, se definió como la alteración en el sentimiento, la creencia o el comportamiento en respuesta a la edad cronológica percibida de un individuo o, grupo (Levy & Banaji, 2002). Resulta importante señalar que, se pueden generar prejuicios, estereotipos y discriminación contra personas o grupos que tengan una apariencia de edad avanzada (Fiske et al., 2002; Levy & Banaji, 2002).

Con respecto a las diferentes traducciones al castellano del término en inglés *ageism*, la OMS (2021) se refiere a este fenómeno con el término de “*edadismo*” y lo define como la manera en que piensa, siente y se comporta una persona con relación a las demás personas, o hacia uno mismo por motivos de la edad. Aunque, en un inicio el término *ageism* se utilizó para hacer alusión a la serie de conductas y actitudes discriminatorias dirigidas a las personas mayores, actualmente hace referencia a los componentes que tienen que ver con los prejuicios, estereotipos y conductas discriminatorias que se ejercen hacia las personas por su edad, es así como, esta definición abarca todo el ciclo vital (Greenberg et al., 2002). Por otro lado, Salvarezza (1988) hace la traducción como “*vejismo*”, y menciona que se refiere a todo tipo de prejuicio y creencia negativa hacia las personas mayores. Salvarezza refiere que dicho vejismo resulta en una conducta compleja influenciada en gran medida por la cultura para devaluar de manera explícita e implícita a las personas mayores. Finalmente, Craig (2009) lo traduce como “*ancianismo*” y contempla únicamente los estereotipos tanto positivos como negativos hacia las personas mayores.

En el presente trabajo se utilizará la definición de Salvarezza (1988) y se explicarán los tres componentes del vejismo. El primer componente tiene que ver con un aspecto cognitivo, es decir, incluye estereotipos y creencias en relación con la vejez y el envejecimiento (Castellano & de Miguel, 2010). Por otra parte, el componente emocional comprende los prejuicios y sentimientos hacia la vejez y el envejecimiento, por ejemplo, el miedo a la vejez o la falta de motivación para trabajar con esta población (de Miguel & Castellano, 2012). Por último, el componente conductual se refiere a cómo las actitudes y creencias con relación a la vejez se traducen en acciones y comportamientos discriminatorios hacia las personas mayores (Castellano & de Miguel, 2011). Este componente incluye conductas de distanciamiento, por ejemplo, ignorar o excluir a las personas mayores, así como otras formas de discriminación en el lenguaje, la apariencia física y

el ámbito laboral (Castellano & de Miguel, 2010). A continuación, se exponen a detalle los tres componentes del viejismo:

### ***2.1.2 Estereotipos***

El término estereotipo fue introducido a la literatura en 1922 por Lippmann, quien lo definió como representaciones mentales, esto se refiere a las imágenes, ideas o conceptos que tenemos en nuestra mente sobre los grupos sociales. Desde entonces, los estereotipos se definen comúnmente como creencias compartidas sobre los atributos o características de un grupo social y sus integrantes (Smith-Castro, 2006). Por su parte Katz & Braly (1933) se refieren a los estereotipos como generalizaciones exageradas e inflexibles en relación a las cualidades de grupos sociales y las personas que los integran, que a menudo se consideran inexactas o incluso dañinas. En este sentido, los estereotipos constituyen el componente cognitivo del viejismo, y se relaciona con las creencias acerca de la etapa de la vejez (Austin, 1985).

Existen estereotipos tanto positivos como negativos con relación a la vejez (Palmore, 1999). Los estereotipos de edad negativos pueden dañar el bienestar y salud en la vejez, al mismo tiempo, los estereotipos positivos pueden mejorar la salud (Levy, 2009). Palmore, menciona los siguientes ejemplos de estereotipos negativos acerca de las personas mayores: son poco atractivos, no practican su sexualidad, tienen un declive en sus habilidades cognitivas, principalmente en aprendizaje y memoria, padecen de enfermedades mentales, presentan inutilidad, aislamiento, pobreza y depresión. En consecuencia, la autoeficacia se ve afectada por los estereotipos negativos (Levy, 2003). Además, el estereotipo acerca de que las personas mayores tienen problemas de audición y decadencia del intelecto también conduce a tratos condescendientes (Kite et al., 2005). Una forma aún más negativa es lo que se denomina lenguaje infantil (Caporael, 1981). Por otro lado, la vía fisiológica como influencia de los estereotipos de edad podría involucrar al sistema

nervioso autónomo, una rama del sistema nervioso central que reacciona al estrés ambiental (Levy, 2009). En particular, las personas mayores expuestas a estereotipos negativos de edad presentaron una mayor respuesta cardiovascular al estrés, en comparación con aquellos que estuvieron expuestos a estereotipos positivos de edad, quienes demostraron una respuesta cardiovascular reducida al estrés (Levy et al., 2009). En efecto, la autopercepción de estereotipos negativos sobre la edad a partir de una edad más temprana de la vida hasta la vejez incrementa de manera significativa el riesgo de presentar afecciones cardiovasculares (Levy et al., 2009).

Con respecto a los estereotipos positivos, estos se relacionan con conductas que conducen a un estado de salud adecuado (Levy & Myers, 2004). Algunos ejemplos positivos acerca de las personas mayores es pensar que poseen bondad, amabilidad, sabiduría, que son personas de mayor confiabilidad, riqueza, poder político, libertad y felicidad (Palmore, 1999). Específicamente, si se piensa que las personas mayores poseen una mayor sabiduría, en una elección para un cargo político o jurídico, la persona mayor podría recibir más votos, en comparación con un candidato joven (Palmore, 1999). En último término, sean estereotipos positivos o negativos, resultan ser creencias erróneas o exageradas de un grupo, y están altamente relacionadas, de tal modo que los estereotipos negativos producen actitudes negativas y a su vez, las actitudes negativas dan lugar a los estereotipos negativos (Palmore, 1999).

La edad, el género y la raza son las principales dimensiones para categorizar a las personas, sin embargo, toda persona viva, pertenecerá en algún momento del ciclo vital a la categoría de la vejez (North & Fiske, 2012). Si bien, existen estereotipos positivos, por ejemplo, pensar que las personas mayores se vuelven sabias, fenómeno al que se ha denominado como sageísmo (Minichiello et al., 2000), existen también creencias compartidas culturalmente en torno a la vejez que generan estereotipos de pobreza, fragilidad y dependencia (Binstock, 2010). Luego, los

estereotipos negativos se pueden internalizar, lo que genera una serie de efectos nocivos para el bienestar y la salud en esta etapa de la vida (Levy, 2009). Además, los estereotipos de edad se ejercen a lo largo de un conjunto de vías psicológicas, conductuales y fisiológicas (Levy & Leifheit-Limson, 2009). Específicamente, la vía psicológica está ejemplificada por las expectativas. En este sentido, los estereotipos de edad parecen generar expectativas que actúan como profecías auto cumplidas (Levy & Leifheit-Limson, 2009).

### ***2.1.3 Teoría de la encarnación de los estereotipos***

Levy, (2009) propuso la teoría de la encarnación de los estereotipos, la cual explica que los estereotipos de edad se internalizan a lo largo de la vida a través de la exposición a múltiples estímulos sociales. La teoría posee cuatro componentes: 1) Estereotipos, los cuales se van internalizando durante el curso de la vida, 2) Estos estereotipos pueden actuar de manera inconsciente, 3) Los estereotipos adquieren su prominencia a partir de la importancia que la persona le va dando a estos y 4) Utilizan diversas direcciones, es decir, se ejerce por parte de la sociedad hacia el individuo, y durante el ciclo vital. Levy, refiere que el aporte central de esta teoría y del conjunto de investigaciones que le dan soporte, es acerca de cómo el proceso de envejecimiento resulta, en gran medida, una construcción social. Es decir, aunque el proceso de envejecimiento se explica a través del inevitable declive fisiológico también, la variabilidad cultural se asocia con el estado de salud en la vejez. En este sentido, se aborda el proceso de envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial.

#### **2.1.4 Teoría de la comparación social**

La teoría de la Comparación Social de Festinger (1954) explica que las personas construyen su autoconcepto mediante la comparación constante con los otros. Esta comparación influye en la percepción de uno mismo, pudiendo resultar en una autoimagen positiva o negativa. Además, el autoconcepto, influenciado por estas comparaciones, puede variar según el contexto. Por último, las personas solemos compararnos con otros y estas comparaciones pueden ser de tres tipos. La *comparación ascendente* ocurre cuando nos fijamos en alguien que está mejor que nosotros, lo cual puede hacernos sentir mal e insatisfechos. Por otro lado, la *comparación descendente* se da con una persona que se percibe como que está peor, lo que nos produce sentimientos de bienestar y tranquilidad. Finalmente, la *comparación lateral* se produce al con personas o grupos a los que se les perciba como similares, lo que puede ayudarnos a disminuir la ansiedad y la preocupación.

#### **2.3 Prejuicios**

Para referirnos al componente afectivo, hablaremos acerca de los prejuicios. Históricamente, los prejuicios se fundamentaron en la religión, y hasta la fecha, no existe un lugar en el mundo que esté exento de formas de emitir desprecio a determinados grupos influidos por la cultura. Las personas suelen categorizar, y muchas veces lo hacen con pocos fundamentos y creando grandes generalizaciones (Allport, 1954). Existe una tendencia natural, lo cual se puede explicar por la exigencia a adaptarse a la vida cotidiana, a decidir si algo es bueno o malo dependiendo de la categoría. “No podemos tomar en consideración cada uno de los objetos del mundo. Tienen que bastarnos los rubros amplios y cómodos, por más groseros y aproximados que sean” (Allport, 1954, p.23). Sin embargo, Allport refiere que una persona es capaz de distinguir entre el error común de un juicio con nueva información, y así evitar un prejuicio. Aun así, las personas pueden reaccionar emocionalmente cuando se contradice un prejuicio ejercido. En último

término, las actitudes negativas no se convierten en prejuicios a menos que sirvan como un propósito para las personas que los ejercen.

Existen tres categorías que de manera automática cada individuo realiza hacia los demás, estas son: el género, la etnia y los años que tiene una persona (Nelson, 2005). El prejuicio por la edad es una de las formas de prejuicio más toleradas (Nelson, 2002; Palmore, 1999). Al mismo tiempo, la sociedad promueve que envejecer es considerado algo malo (Nelson, 2005). Históricamente, la imprenta y la revolución industrial son sucesos que marcaron un reemplazo en el intercambio de sabiduría de las personas mayores y le asignaron valor a los trabajadores que respondían mejor al cambio, devaluando a los empleados mayores (Butler, 2009; Nelson, 2005). Es así como, la sociedad comenzó a relacionar la vejez con aspectos negativos, por ejemplo, que las personas mayores no contribuían a la sociedad (Nelson, 2005); sin embargo, estas actitudes negativas se han mantenido y van en aumento (Palmore, 1999; Nelson, 2002).

La palabra prejuicio, proviene del latín *praejudicium*, en un inicio, significó el juicio que se fundamenta en la experiencia previa. Posteriormente, adquirió el significado de un juicio apresurado. Finalmente, obtuvo un componente emocional, es decir, involucra una sensación anímica que puede ser agradable o desagradable y que, conlleva una opinión carente de un respaldo para justificar su origen (Allport, 1954; Iversen et al., 2009). En el prejuicio existe una actitud favorable o desfavorable y está relacionada con creencias exageradas y generalizadas que resultan erróneas. En este sentido, los prejuicios se expresan en ocasiones a través de actitudes y otras veces con creencias (Allport, 1954). Los niveles en que se puede ejercer el prejuicio según Allport, son: 1) Hablar mal acerca del grupo de rechazo, 2) Evitar el contacto con los miembros del grupo (en este nivel, la persona que ejerce el prejuicio no genera algún daño directo hacia el grupo de rechazo), 3) Discriminación, la persona que ejerce el prejuicio lleva a la práctica alguna distinción

o exclusión hacia algún grupo, 4) Ataque físico, con actos de violencia y 5) Exterminación, es el grado máximo de expresión de los prejuicios. En conclusión, cuando el prejuicio es negativo, se manifiesta a través de sentimientos de desagrado, desprecio, aversión o miedo, que se vinculan con actitudes de hostilidad, violencia, maltrato, o discriminación hacia miembros de grupos que se consideran rechazados. Es decir, se ejerce un prejuicio contra los individuos que pertenecen a un determinado sector, y es que, los prejuicios valoran la persona en función de la pertenencia a cierto grupo y no como individuo (Allport, 1954).

Allport (1954) menciona que la generalización errónea y la hostilidad se consideran naturales en la mente humana, y las categorías ayudan a pensar al ser humano. Por consiguiente, cuando estas categorías se forman, se genera la base de los prejuicios, y no hay manera de saltar ese proceso. A continuación, se expondrán las características de las categorías: 1) se conforman por clases y agrupamientos extensos, 2) la categorización se asemeja tanto como es posible al agrupamiento, 3) la categorización ayuda a identificar de manera rápida a un objeto por su similitud con sus iguales, 4) las categorías usan todas las características con un componente ideacional o emocional que encuentran con sus iguales, y 5) las categorías contienen un aspecto racional. En este sentido, las categorías irracionales tienen la misma probabilidad de formarse que las categorías racionales.

Allport (1954) menciona también que al hablar del endogrupo, se hace referencia a la identificación con un grupo, así como, a la seguridad que las personas requieren y que encuentran en ese grupo. Además, Allport, refiere que los endogrupos desarrollan una manera de vida que incorpora códigos, creencias y normas que atienden a sus necesidades de adaptación. Dichas normas pueden generar presión en cada individuo de acuerdo con lo que el grupo exige.

### ***2.3.1 Teoría de manejo del terror***

La teoría de manejo del terror tiene sus orígenes gracias a una larga corriente de pensamiento en donde se cuestiona el cómo la conciencia humana acerca de la muerte funge un papel psicológico en defensa de la autoestima y los prejuicios (Van Lange et al., 2012). Para gestionar la intensidad del terror emanado de la conciencia ante la muerte, los seres humanos preservan una visión del mundo que les genera una sensación de seres significativos y que pertenecen a un mundo perdurable (Van Lange et al., 2012). Esta teoría surgió a raíz de una insatisfacción en lo que a la investigación de la psicología social respecta, por Solomon et al. (1991). Estos autores se centraron en investigar cómo la motivación influía en la percepción que las personas tenían de sí mismas y de los demás, sobre todo en el aspecto de la preservación de la autoestima. Aún faltaba entender qué era lo que impulsaba a las personas hacia el orgullo y el prejuicio (Van Lange et al., 2012). En este sentido, las personas generan un esfuerzo por defender la autoestima, y estos esfuerzos se relacionan con la visión cultural específica a la que esté expuesta la persona. Además, debido a que son construcciones sociales débiles, las personas pueden reaccionar negativamente ante cualquier amenaza que perturbe esa visión del mundo (Van Lange et al., 2012). Desde una perspectiva funcional, este enfoque sostiene una visión acerca de que las actitudes desfavorables dirigidas hacia la vejez cumplen una función de protección del ego de la persona (Snyder & Meine, 1994).

### ***2.3.2 Teoría de la dominancia social***

La Teoría de la dominancia social de Pratto et al. (1994) explica cómo las sociedades establecen jerarquías y prejuicios que generan conflictos entre grupos. Esto se logra promoviendo ideas que favorecen la superioridad de un grupo sobre otros, lo que legitima la discriminación. Estas ideas, aceptadas ampliamente, justifican la desigualdad social y la opresión, asignando recursos de manera desigual entre los grupos. El principio central de esta teoría sostiene que la

aceptación o aprobación de mitos que se dan por verdaderos funge un rol determinante en el nivel de desigualdad de una sociedad. Por ello, resulta clave identificar qué factores impulsan la aceptación o el rechazo de creencias que refuerzan o disminuyen dicha desigualdad. Además, la teoría destaca como elemento crítico la Orientación de Dominancia Social, de tal manera que, la orientación refleja el deseo de que el grupo propio ejerza supremacía sobre otros grupos externos, es decir, la preferencia por mantener jerarquías sociales.

Por consiguiente, la Teoría de la Dominancia Social plantea que las jerarquías sociales se organizan en tres categorías principales: las jerarquías asignadas de forma arbitraria, las basadas en la edad y las basadas en el género (Sidanius & Pratto, 1999). Las jerarquías arbitrarias se refieren a clasificaciones de estatus construidas socialmente, como la raza, etnia, clase social, religión, orientación sexual o apariencia física. La pertenencia a estos grupos puede ser subjetiva y su posición jerárquica varía según el contexto cultural e histórico, lo que resulta en un trato desigual. La Teoría de la Dominancia Social sugiere que los integrantes del grupo dominante en estas categorías tienden a manifestar una mayor Orientación a la Dominancia Social en comparación con los miembros de grupos subordinados. A diferencia de estas categorías fluidas, la edad y el género representan jerarquías más estables y consistentes a nivel mundial, donde la edad avanzada generalmente se asocia con un mayor estatus y los hombres suelen ser considerados de mayor estatus que las mujeres (Sidanius & Pratto, 1999). El afecto es otro de los procesos que se ve involucrado en las valoraciones respecto al objeto actitudinal. Es por medio de las experiencias que se relacionan determinadas emociones a personas, situaciones u objetos. El *condicionamiento clásico*, *el priming afectivo* y *la mera exposición* son componentes que ayudan a entender cómo la parte emocional contribuye a la manifestación de una actitud.

### ***2.3.3 Condicionamiento clásico y mera exposición para explicar la relación entre el componente afectivo y las actitudes***

El condicionamiento clásico se define como un tipo de aprendizaje en el que un estímulo que inicialmente no provoca ninguna reacción emocional y que se refiere al estímulo incondicionado finalmente provoca la respuesta debido a su asociación continua con otro estímulo (Petty et al., 1997). En este sentido, la creación de actitudes a través de procesos de condicionamiento es un método comúnmente utilizado para desarrollar y modificar respuestas emocionales en diversas situaciones (Briñol et al., 2007).

Por otro lado, la mera exposición indica que es posible desarrollar actitudes, aun sin la necesidad de asociar estímulos entre sí, simplemente al presentar un estímulo de manera repetida este puede llegar a generar una sensación de agrado. Zajonc (1968) se refirió al efecto de mera exposición como el incremento en la preferencia por un estímulo después de haber sido expuesto a él de manera repetida. Además, la exposición reiterada a un estímulo puede generar juicios más extremos en otras dimensiones no evaluativas, como las cualidades estéticas del mismo o su veracidad (Briñol et al., 2007). Es importante señalar que cuando hay experiencia previa con los estímulos presentados, no se produce simplemente un efecto de exposición, sino un efecto que resalta la respuesta original del individuo (Brickman et al., 1972). De este modo, la repetición de estímulos que previamente se han evaluado como negativos provoca que las respuestas de las personas sean aún más desfavorables, mientras que la repetición de estímulos considerados positivos aumenta las preferencias hacia esos estímulos (Cacioppo & Petty, 1989).

## **2.4 Discriminación**

La discriminación como componente del viejismo se relaciona con conductas de marginación tanto manifiestas como las intenciones de conducta por parte de las personas hacia los adultos mayores (Morales, 1999). Las personas pueden ejercer prejuicios y también discriminación. La discriminación conduce a consecuencias más graves e inmediatas que el prejuicio (Allport, 1954). El componente conductual aborda la disposición del impulso a actuar de cierta manera (Iversen, 2009). En este sentido, toda actitud negativa, va a expresarse por medio de la acción en algún momento, y mientras más intensa sea la actitud, mayor será la probabilidad de que se ejerza la conducta (Allport, 1954). En cuanto a la vía conductual de los estereotipos de edad, se suele considerar las prácticas como poco importantes debido a que los estereotipos negativos acerca de la edad frecuentemente son sustentados bajo la creencia acerca de que la vejez va a acompañada de enfermedad (Levy & Myers, 2004). Palmore (2003) menciona que el aspecto físico de las personas en la etapa de la vejez se convierte en el estímulo más frecuente de la discriminación por edad. De tal manera que las personas mayores son percibidas como poco atractivas, atribuyéndoles rasgos y habilidades negativas (Langlois et al., 2000). Además, se añaden otro tipo de factores como es el estatus socioeconómico (Bugental & Hehman, 2007) y se crea una generalización de las personas como solitarias y tristes (Zebrowitz & Montepare, 2005).

Dentro de los componentes del viejismo, la discriminación se refiere a la conducta ejercida y que se vincula con los estereotipos y los prejuicios por edad (Wilkinson & Ferraro, 2002). En ese sentido, la discriminación por edad se manifiesta en múltiples dimensiones, la exclusión del mercado laboral, por ejemplo, considera poco productivas a las personas mayores lo que limita su acceso a empleos formales. Incluso cuando trabajan, suelen enfrentar salarios menores y condiciones precarias. Además, los estereotipos de incapacidad asumen que la vejez implica pérdida de habilidades, ignorando su experiencia acumulada (Ham & González, 2008). Por otro

lado, la discriminación en el ámbito social y familiar implica la *infantilización*, de tal modo que se emplea un trato que supone que no pueden gestionar sus propias decisiones. Las consecuencias, se reflejan en aislamiento y pérdida de roles familiares que los marginan, lo cual se podría traducir en violencia intrafamiliar, y en el peor de los casos en maltrato físico o psicológico por parte de los cuidadores (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [Conapred], 2024). Asimismo, la discriminación en el ámbito institucional se ve relacionado con las políticas asistencialistas, las cuales se enfocan en programas de ayuda sin promover su inserción social o económica de este grupo etario (Ham & González, 2008). También, la negación de servicios, que da prioridad de atención médica y recursos hacia grupos más jóvenes (Conapred, 2024). Finalmente, la discriminación cultural y lingüística conduce a estereotipos negativos que encasilla a las personas mayores y refuerza los prejuicios, lo que a su vez conduce a una autopercepción negativa al internalizar el rol de pasividad o dependencia, incluso entre quienes mantienen su autonomía (Ham & González, 2008).

#### ***2.4.1 Teoría de la identidad social***

Los orígenes de la teoría de la identidad social están en el trabajo de Henry Tajfel, en el campo de la percepción categorial (Insko et al., 1987). Posteriormente, estudió las dinámicas entre grupos, aportando ideas en relación con las consecuencias de la categorización y su relación con la discriminación entre grupos. Sus aportaciones tienen origen en la creencia de que la imagen que las personas tienen de sí mismas en gran medida es el resultado de formar parte de determinados grupos, es decir, la identidad social de alguna manera determinará el autoconcepto de la persona (Scandroglio et al., 2008).

Algunos de los diferentes estudios relacionados con esta teoría son: el estereotipaje (Turner et al., 1994), el conflicto intergrupalo (Rudman et al., 2001) y el prejuicio (Allport, 1954). Los principios fundamentales de la teoría se centran en el comportamiento social intergrupalo, donde las acciones de las personas están influenciadas por su afiliación a distintos grupos o categorías. También abarcan el comportamiento interpersonal, en el que las conductas dependen de las relaciones con más personas (Scandroglio et al., 2008). Posteriormente, la Teoría de la Autocategorización del Yo creada por Turner et al. (1987) propone cómo los individuos se manifiestan en determinados grupos sociales, por ejemplo, una imagen distorsionada se da como definitiva expresándose a través de creencias, actitudes y conductas, las cuales son engendradas y se mantienen en relación con el contexto. En efecto, se genera una categorización que define a las personas en base a las semejanzas con integrantes de categorías definidas, al mismo tiempo que se generan diferencias con otros miembros, lo cual producirá un comportamiento basado en la percepción estereotípica acerca de las personas (Turner et al., 1987).

La actitud positiva hacia integrantes del mismo sector grupal se define como *atracción social*, en el cual las personas no son apreciadas en cuanto a su individualidad, sino en cuanto a las encarnaciones del prototipo grupal (Hogg, 1992). Los procesos de estereotipaje se consideran como una distorsión cognitiva que, a su vez, dan paso al prejuicio social (Turner, 1999). Es así como las personas generan percepciones en relación con su afiliación a un grupo mediante clasificaciones generadas por la identidad social (Scandroglio, 2008). En este sentido, los estereotipos serán dependientes del contexto y su variación dependerá de la relación con las otras personas, las dimensiones de comparación, el cúmulo de conocimientos, las expectativas, necesidades, valores y metas por parte de la persona que percibe (Oakes et al., 1999; Turner, 1999).

Otro supuesto de esta teoría es que existe una predisposición a la preservación de la autoestima (Tajfel, 1981). A través de la comparación de múltiples áreas, el endogrupo postula sus diferencias en relación con los exogrupos (Hoggs & Abrams, 1988). Además, se manifiesta insatisfacción en la persona si la comparación es negativa, de tal manera que buscará maneras de actuar que generen una identidad positiva (Tajfel, 1981). Por otro lado, podría presentarse la competición social cuando se perciba una comparación insegura, es así como se procurará aventajar al grupo de estatus elevado en el área de comparación por los grupos (Tajfel, 1981). Otra forma de comparación es la que se hace con el estándar, es decir, se comparan con las normas, u objetivos sociales en común (Masters & Keil, 1987). La amenaza percibida a la identidad social, la categorización y la carga cognitiva se relacionan con la insatisfacción grupal al momento de ejercer el *autoestereotipaje* y las diferencias grupales (Hornsey & Jetten, 2004).

Para definir la percepción subjetiva acerca de un grupo es suficiente la identificación (Turner, 1981). Ellemers et al., (1999) propusieron un modelo de identificación social en donde el aspecto cognitivo se relaciona con el conocimiento que la persona tiene en relación con la pertenencia a ciertos grupos, la autocategorización. También tiene un aspecto evaluativo con el valor positivo o negativo relacionado con la pertenencia grupal, además, se menciona la autoestima grupal y el aspecto emocional. En particular, se genera mayor homogeneidad endogrupal cuando existen atributos o estereotipos positivos (Simon, 1992). Además, existe una conexión entre la identidad individual y la identidad colectiva, de ahí que surge una necesidad de sentirse de una manera positiva dentro del grupo (Kite & Wagner, 2002; Tajfel & Turner, 2000).

### **2.4.2 Perspectiva socio-evolutiva y socio funcional**

Para explicar las relaciones intergrupales y su asociación con el vejestismo, se plantea que la humanidad ha evolucionado con la finalidad de habitar en grupos de una manera productiva e interdependiente, y así maximizar el éxito tanto a nivel individual como grupal. En ese sentido, las personas mayores son percibidas como poco aptas para aportar al grupo, lo que da lugar a la devaluación de este grupo etario (Cottrell & Neuberg, 2005; Cottrell et al., 2007).

### **2.4.3 Teoría del rol social**

Esta teoría vincula la manera en que se perciben las personas mayores con el rol social que se considera que llevan a cabo. En este sentido, dado que las personas mayores llegan a un momento de jubilación podrían ser percibidos como menos productivos (Kite & Wagner, 2002). Es así como se genera una desvalorización dentro de la sociedad (Levy & Banaji, 2004).

## **2.5 Vejez**

La palabra vejez tiene origen en el latín *vetus* que, a su vez, proviene del griego *etos* que significa años o añejo (Ramos et al., 2009). Para Zetina (1999, p. 26) “la vejez llega a ser el resultado dependiente de las etapas anteriores, pero también de las características biodemográficas, socioeconómicas, socioculturales, sociofamiliares, además de psicosociales, en su medio ambiente”. Asimismo, la idea que se genera en relación con la vejez es vinculada a la experiencia o la sabiduría adquirida al paso de los años en este grupo etario; por otro lado, se tiene la idea de enfermedades o de dificultades. Sin embargo, dichas ideas no son de carácter natural, sino que son producto de las representaciones que se comparten de manera cotidiana dentro de una cultura. Además, el concepto de vejez se ha mantenido en constante cambio (Ramos et al., 2009).

Para comprender la vejez de una mejor manera, es importante señalar que está influenciada principalmente por el factor biológico; sin embargo, están también implícitas las dimensiones psicológicas y socioculturales (Zetina, 1999). Es así como se definirá el concepto de vejez a través de tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

**Biológica:** incluye el patrón de referencia cronológica que se refiere a la edad que tiene una persona y se le atribuye que, a partir del grado o nivel de envejecimiento, habrá un decline en las capacidades físicas y motrices de la persona (García, 2003). Los primeros estudios respecto a la vejez, con gran influencias médicas y biológicas marcan que el envejecimiento de los tejidos inicia después del período de crecimiento (entre los 25 y los 30 años). Además, es un proceso gradual y progresivo (San Martín, 1988, como se cita en Ramos et al., 2009).

**Psicológica:** La personalidad y los procesos mentales esenciales experimentan modificaciones. Con el surgimiento de la Gerontología y la Psicología del Desarrollo, se incluyeron aspectos psicológicos y sociales.

**Social:** incluye las dimensiones sociodemográficas que implican el análisis de los recursos económicos y las circunstancias socioeconómicas que experimentan las personas en la etapa de la vejez, desde una perspectiva de economía política.

Además, se utilizan múltiples conceptos para referirse a esta etapa: vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía (Ramos et al., 2009). En México, se le denomina “adulto mayor” (Zetina, 1999, p. 26). Dichos términos hacen alusión a un resultado, por lo que también habrá que considerar al proceso, que es el envejecimiento. En conclusión, los cambios en la vejez, así como la salud y la enfermedad en esta etapa, deben estudiarse tomando en consideración la cultura (Ramos et al., 2009).

En la antigüedad, las culturas de Egipto y China consideraban la vejez como algo importante, las personas mayores eran percibidas positivamente y se asociaban a la moralidad individual, el gobierno y la sociedad, las relaciones personales más cercanas y el conocimiento adquirido con la experiencia. También, las culturas ancestrales, por ejemplo, las culturas Maya, Aztecas e Inca veneraban a las personas mayores, pues, se les consideraba personas con sabiduría adquirida a través del tiempo. Por el contrario, en la Antigua Grecia, la vejez era percibida como algo negativo. Esta idea está plasmada en varios relatos con relación a dioses vinculando la juventud con fuerza y mostrando a la vejez de manera indeseable (García, 2003).

Posteriormente, en el cristianismo, la idea de la vejez se vinculaba con la comprensión, el afecto o actos de amor. Así, según esta doctrina, en la medida que las personas se regían bajo los principios de Cristo se convertirían en adultos, alcanzarían la madurez y, por lo tanto, la dignidad (Bouwsma, 1981, como se cita en Ramos et al., 2009). Más adelante, la revolución industrial influyó de forma significativa en la segregación de este grupo etario. Los trabajos familiares desaparecieron y se fortaleció la industria, de tal modo que surgió una nueva dinámica en la familia. Hasta este momento, la vejez ya se veía apartada de los aspectos imperantes en la política y la vida social. Finalmente, la etapa de la vejez se percibió como una etapa de dependencia de las personas jóvenes (Ramos et al., 2009). Años más tarde, se comenzó por conceptualizar a la vejez desde un enfoque meramente positivista sin tomar en cuenta aspectos psicológicos, sociales o culturales (Ramos et al., 2009). Es con la aparición de la Gerontología en el siglo XX que se mostró mayor interés por conocer y prestar atención a las personas mayores.

Las Naciones Unidas en conjunto con la Organización Mundial de la Salud han decretado que la vejez o la tercera edad tiene su comienzo a los 60 años. Asimismo, Mendoza- Núñez et al. (2016) refieren que esta etapa inicia a los 60 años en los países en vías de desarrollo y a los 65 años en los países con mayor desarrollo económico. Visto desde otra perspectiva, la tercera edad inicia con el retiro del mundo laboral, y continúa hasta que se depende completamente de otros. Es aquí cuando inicia lo que podría definirse como *cuarta edad* (tiene inicio alrededor de los 80 años) e indica que se ha perdido en gran parte la independencia y autonomía de la persona (Zetina, 1999). Sin embargo, los datos aún no respaldan la validez de un punto exacto en el que la salud inicie su declive, pues, “a todo lo largo de la vida existe una amplia capacidad de aprendizaje, y la gente no cambia su personalidad cuando llega a la vejez, sino que, muy al contrario, avala el aserto de que se envejece como se ha vivido” (Fernández-Ballesteros, 2004, p. 36).

## **2.5. Envejecimiento**

La forma en que envejecemos está influenciada por una combinación de nuestra propia biología interna y factores externos que nos rodea (OMS, 2024). Fierro (1994) se refiere al envejecimiento como un proceso que inicia después de la juventud. Además, el envejecimiento es un proceso que se distingue por una decadencia. Otra perspectiva es la de Morales (1999) quien menciona que el envejecimiento se constituye de múltiples cambios a nivel morfológico, fisiológico, bioquímico, psicológico y social, además de que estos también dependerán del contexto en el que creció la persona. Al respecto, (Zetina, 1999) menciona que la transición a la vejez “es paulatina y personal” (p. 29). En este sentido, no todos los cambios que aparecen con la edad son propios del envejecimiento, más bien, el estilo de vida que se ha llevado a lo largo del tiempo, y el término utilizado para describir esto es: *factores patológicos del envejecimiento* (Elias, 1987).

Durante el envejecimiento, en concreto durante los últimos años de adultez, el cuerpo humano tiene múltiples cambios, en lo que, a los sentidos, los músculos y los órganos internos respecta (Craig & Baucum, 2009). Algunos ejemplos de cambio en el aspecto físico a causa del envejecimiento son las canas, el cambio de postura, la piel se vuelve más delgada, se reseca y aparecen arrugas (Craig & Baucum, 2009). En esta etapa de la vida, las arrugas se generan por el desgaste de tejido adiposo subcutáneo y la disminución en la tonicidad en la piel (Rossman, 1977). Otro aspecto importante es también el aumento de lunares en el rostro, algunas veces aparecen manchas (Craig & Baucum, 2009).

En lo que a los sentidos respecta, en la etapa de la vejez se ve disminuida la eficacia de los sentidos visuales, auditivos, gustativos y olfativos. (Plude & Hoyer, 1986). Cabe aclarar que, aunque el declive en la percepción de los estímulos se considera común en la vejez, en realidad no afecta a todos los que pertenecen a este grupo etario (Craig & Baucum, 2009). La audición también se ve afectada en gran parte de este grupo etario, lo que, a su vez, genera aislamiento (Fozard, 1990). También, existen múltiples afecciones en la vista que se hacen notables en la vejez, por ejemplo, las cataratas, lo anterior conlleva una interrupción de la percepción visual debido a la obstrucción de la luz. Asimismo, el glaucoma, definido como una elevación de la presión intraocular, puede inducir daño y pérdida paulatina de la función visual (Kline & Schieber, 1985). En general, los adultos mayores pierden agudeza visual, lo que implica una disminución en la capacidad para distinguir detalles pequeños (Perlmutter, 1978). Finalmente, el sentido del gusto presenta estabilidad, aun cuando la persona ya tiene una edad avanzada, solamente se presentarán problemas para distinguir los sabores de alimentos combinados, y es más común que la función olfativa se vea afectada en mayor medida que la gustativa (Weiffenbach & Bartoshuk 1992).

En la vejez, el peso muscular disminuye, así que también la fuerza y la resistencia se ven afectadas. Además, el peso puede ser menor al que se tenía en otras etapas de la vida (Craig & Baucum, 2009). Estos cambios se deben a la postura y a la pérdida de calcio (Whitbourne, 1985); por ejemplo, los huesos tienen mayor fragilidad, lo cual convierte a las personas mayores más propensas a sufrir una fractura (Belsky, 1984). Asimismo, la motricidad fina, la coordinación y los reflejos sufren un declive en esta etapa (Botwinick, 1984).

El aumento en la esperanza de vida no necesariamente implica que las personas mayores disfrutarán de una buena calidad de vida o de buena salud durante esos años adicionales. Además, se han observado diferencias en las condiciones de salud que resultan en incapacidades entre hombres y mujeres (Zetina, 1999). Respecto a los problemas crónicos, se ha documentado que estas enfermedades se prolongan o se vuelven recurrentes, y se vuelven comunes en esta etapa de la vida. Entre los padecimientos más frecuentes se encuentran la artritis, hipertensión, deficiencias visuales y auditivas (Belsky, 1984).

El ser humano a través de sus sentidos percibe la información, la almacena, analiza y existe una reacción a ese estímulo percibido. En este sentido, el comportamiento humano está relacionado a los estímulos externos y a funciones psicológicas aprendidas. En la etapa de la vejez, algunas de nuestras habilidades mentales se modifican, mientras que otras se mantienen relativamente intactas (Fernández-Ballesteros, 2004). Es decir, la persona mayor mostrará un declive en la recepción de los estímulos, “no obstante, conviene también resaltar que esos cambios o declives en las primeras fases de procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida” (Fernández-Ballesteros, 2004, p.31).

Los sentimientos y las emociones constituyen el componente afectivo en el ser humano. En la etapa de la vejez ocurren algunos cambios en este ámbito, así mismo, sucesos que tienen lugar en esta etapa como: jubilarse, experimentar la muerte de un ser querido, enfermedades crónicas o, dependencia pueden estar relacionados con depresión, soledad o malestar (Fernández-Ballesteros, 2004). Bajo estos supuestos, podría concluirse que las personas mayores experimentan problemas en el componente afectivo. Sin embargo, “las personas mayores no expresan una menor felicidad, bienestar o satisfacción con la vida cuando se las compara con las más jóvenes” (Fernández-Ballesteros, 2004, p. 34). Las personas mayores siguen sintiendo las emociones con la misma fuerza que en su juventud, y experimentan alegría y otras emociones positivas tan a menudo como los jóvenes. En general, las personas mayores tienden a expresar más felicidad, gratitud y alegría que frustración, tristeza o enojo (Zetina, 1999).

### ***2.5.1 Teoría de la actividad***

Esta teoría indica que, si se procura la actividad diaria de las personas mayores, ellas podrían adquirir una serie de beneficios en su vida (Havighurst, 1961). En este sentido, la actividad en las personas mayores se considera necesaria para que se presente la satisfacción con la vida durante esta etapa. Se postula la necesidad de llevar a cabo actividades hasta donde sea posible, y así, experimentar sentimientos positivos y satisfacción. Según la teoría, la falta de actividad tiene su origen en que la sociedad no ofrece las oportunidades necesarias para las personas mayores (Havighurst, 1961). En ese sentido, es importante ayudar a las personas mayores a encontrar nuevas actividades sociales y roles que reemplacen aquellos que hayan perdido al envejecer. El objetivo es que estas nuevas experiencias promuevan su bienestar y les ayuden a mantener una imagen positiva de sí mismos durante esta etapa de la vida (Catunda, 2008). Aunque tiene importantes aportaciones, algunos aspectos de la teoría de la actividad han sido cuestionados, por ejemplo, la tendencia a uniformizar la experiencia de la vejez, el enfoque limitado que se centra

únicamente en el comportamiento de las personas mayores, y la ausencia de una evaluación profunda de los sistemas que influyen en esta etapa de la vida y que rigen la sociedad y las normas preestablecidas, tampoco, toma en cuenta situaciones de vulnerabilidad social y económica, o condiciones de salud precaria (Córdoba, 2016).

### ***2.5.2 Teoría de la continuidad***

Esta teoría, tiene como premisa que las personas mayores procuran conservar su conocimiento y utilizan estrategias aprendidas para sobrellevar el envejecimiento. Además, su estilo de vida previo tiene un impacto determinante en su vejez (Atchley, 1989). La teoría se apoya en tres ideas principales: 1) la coherencia interna de una persona, que abarca sus pensamientos, personalidad, emociones, vivencias y capacidades; 2) la consistencia en sus relaciones con otros, sus rutinas y su familiaridad con el entorno; y 3) la estabilidad de su propia historia de vida, esta última, se clasifica en: 1) baja, en este nivel, la persona mayor presenta una sensación de infelicidad con la situación actual y dificultad para adaptarse a nuevas circunstancias, insatisfacción con la vida e inadaptación al cambio, 2) óptima, indica que la persona mayor posee la habilidad para afrontar cambios y 3) excesiva, indica que a pesar de que las estrategias que se están utilizando son efectivas, la vida parece carecer de variedad y sensación de emoción (Catunda 2008).

Existen críticas hacia la teoría de la continuidad, principalmente cómo la experiencia individual influye en la conexión con otras personas, también porque ignora las creencias acerca de sí mismo y los demás. Sin embargo, esta teoría nos ayuda a entender por qué algunas personas tienen problemas para adaptarse a los cambios que trae la vejez, pues, la suma de desventajas en el transcurso de la vida puede afectar las oportunidades de continuidad, contribuyendo a una perspectiva negativa del envejecimiento, que también está relacionada con bajos niveles educativos, escasos ingresos y limitadas relaciones interpersonales (Robledo & Orejuela, 2020)

### **2.5.3 Teoría de la modernización**

Esta teoría vincula el nivel de modernización que ha alcanzado la sociedad con el papel o la labor que las personas mayores llevan a cabo. En este sentido, el incremento, y a medida que las sociedades adoptan nuevas tecnologías e ideas, los valores que antes eran apreciados en esas sociedades a veces pueden volverse menos apreciados, afectando los integrantes del grupo etario. Esto ocurre porque el conocimiento y el papel social que se valoraban en las sociedades preindustriales han sido sustituidos por la urbanización y la industrialización (Cowgill & Holmes, 1972).

### **2.5.4 Teoría de la rotulación social**

Esta teoría permite entender cómo es que la disminución de las competencias para interactuar y comunicarse eficazmente en las personas mayores, no están relacionadas a la vejez por sí mismas, más bien, a las *etiquetas* negativas que ejerce la familia, los cuidadores o, incluso los profesionales que atienden a este grupo etario, y que, a su vez, acontecimientos como un estado de salud desmejorado, la viudez o la pérdida de roles sociales acompañan a estas *etiquetas* (Kuypers & Bengston, 1973). Como consecuencia, se ven afectados el aspecto social y psicológico de la persona mayor (Catunda, 2008). El principal aporte de la teoría es que hace posible detectar las tensiones en la familia y quienes cuidan de la persona cuando se pierde el nivel de autonomía en la vejez, así como, generar alternativas para reducir el sentimiento de vulnerabilidad (Catunda, 2008).

### **2.5.5 Teoría de la estratificación por edad**

Esta teoría, ayuda a estudiar la conexión entre las personas mayores y el contexto social que los comprende. En este sentido, los años que tiene una persona adquieren una posición relevante para la representación de fuerza, o mando. Por lo tanto, la vejez se percibe como una etapa de desventajas (Riley, 1987). Hoy en día, la teoría de la estratificación por edad se usa en

estudios longitudinales y transversales para comparar grupos, ya sea de la misma edad, o entre diferentes edades, esto debido a que considera la influencia del envejecimiento de la persona y las diferencias que se han dado a lo largo de la historia (Solís & Brunet,2013). Finalmente, al considerar la estratificación por edad y los aspectos demográficos, aporta información de la influencia de la identidad y posición social en la población de las personas mayores (Catunda, 2008).

### ***2.5.6 Teoría de los roles***

Esta teoría postula que la persona es consciente de que su estatus social se define a través de sus relaciones con los otros dentro de su entorno social (Zetina, 1999). La pérdida de los roles sociales a causa, por ejemplo, de la jubilación, o la muerte de uno de los cónyuges, se ha vinculado con el deterioro de la autoestima y la satisfacción en la vida (Lemon et al., 1972).

### ***2.5.7 Modelos familiares y su influencia en la vejez***

Modelo tradicional: en este modelo familiar existe un vínculo entre las generaciones dentro de la familia. En este sentido, la persona mayor está rodeada de la gente que integra el grupo familiar, lo que podría estar “dándole a éste buena parte de su sentido de vida” (Zetina, 1999, p. 35).

Modelo nuclear: está sustentado bajo el contexto de su vida en pareja, es así como los hijos se desprenden cuando se alcanza cierta edad. La persona mayor no cuenta con un lugar preferente para sus hijos, pues, una vez casados, los hijos se desplazan a otro lugar. Bajo estas circunstancias, es posible que la persona mayor experimente el sentimiento de no contar con el apoyo familiar. La familia nuclear muestra la desventaja del aislamiento, principalmente en las zonas urbanas (Zetina, 1999)

## **2.6 Actitud**

Las actitudes contribuyen a satisfacer una necesidad fundamental de estructura y organización de las percepciones externas, facilitando así una adaptación más efectiva al entorno (Allport, 1954). Sin embargo, esto puede ser algo negativo. Por ejemplo, cuando una persona forma una actitud, buscará reafirmarla ignorando aquella información que no parezca favorecerla (Briñol et al., 2007). En este sentido, la actitud puede definirse como “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud” (Briñol et al., 2007, p. 459). Lo anterior, según Briñol, significa que la actitud es un término constituido por los siguientes elementos: emocional, comportamental y el aspecto cognitivo. Respecto a lo cognitivo, se relaciona con ideas, o pensamientos, el elemento emocional hace referencia a las emociones, y la conducta implica comportamientos resultado de la actitud. De tal modo que, los juicios y valoraciones que se realizan se basan en las preferencias o con lo que se está de acuerdo. Además, las actitudes están estrechamente vinculadas con la conducta. En última instancia, las actitudes reflejan los valores, normas y preferencias que predominan a nivel, individual, grupal organizacional y cultural (Briñol et al., 2007).

### ***2.6.1 Teoría de la acción razonada***

El postulado principal de la teoría de la acción razonada indica que los pensamientos respecto al objeto actitudinal influyen directamente la actitud de las personas. En este sentido, el primer elemento para tener en cuenta será identificar las creencias relacionadas con cualquier objeto actitudinal (Trafimow, 2009). Posteriormente, se introdujo la variable del control percibido que se refiere a la posibilidad que el individuo posee acerca de la presencia de elementos que obstaculizan la ejecución del comportamiento. En este sentido, cuanto mayor sean los elementos

que el individuo forme que obstaculicen la ejecución de dicha conducta, se reduce el control percibido y, por último, la influencia que ejerce la actitud sobre el comportamiento (Briñol et al., 2007).

### **2.6.2 Disonancia cognitiva**

La disonancia cognitiva, un concepto desarrollado por Festinger (1957) describe el malestar que experimenta una persona cuando sus acciones no coinciden con sus creencias o pensamientos. Este estado de incomodidad motiva a las personas a buscar maneras de reducir la tensión, lo que puede incluir cambiar sus actitudes o creencias para lograr una mayor coherencia interna. Así, se pueden ajustar las creencias para alinearlas con el comportamiento observado. Además, se pueden introducir nuevas cogniciones que disminuyan la relevancia de las creencias disonantes o alterar la importancia de los elementos en conflicto.

### **2.6.3 Modelo metacognitivo de las actitudes**

Los modelos duales indican que la consolidación de actitudes implícitas ocurre por medio de procesos de asociación y que guían a las conductas. Por otro lado, las actitudes explícitas son consecuencia de procesos semejantes y guían la conducta cuando hay mayor posibilidad de pensar. Sin embargo, resulta complejo comprender de forma integral los resultados que se generan en la investigación con relación a las actitudes (Gawronski et al., 2006). Con la finalidad de atender a este problema, Petty et al. (2007) desarrollaron un nuevo modelo teórico para comprender las actitudes, conocido como el Modelo Metacognitivo de las Actitudes. Los principios fundamentales del Modelo se detallan a continuación.

1. Nuestra memoria almacena los objetos sobre los que tenemos actitudes junto con nuestras evaluaciones de ellos, ya sea que los consideremos buenos o malos. La fuerza con la que asociamos un objeto con una evaluación puede variar. Específicamente, el Modelo Metacognitivo enfatiza

que las conexiones entre un objeto y cómo lo evaluamos son simplemente asociaciones aprendidas. Además, este modelo indica que estas asociaciones no constituyen la actitud en su totalidad tal como se sustentaba en los modelos con una visión tradicional.

2. En contraste con el enfoque de los modelos convencionales que defienden una única correlación evaluativa, el Modelo Metacognitivo reconoce la posibilidad de asociaciones positivas y negativas.

3. Las conexiones positivas y negativas que influyen en el comportamiento pueden surgir de diversas maneras. Estas conexiones se constituyen a través de una serie de pasos tanto asociativos como basados en el razonamiento, por lo tanto, abarca aspectos cognitivos (pensamientos, creencias) y afectivos (emociones, sentimientos).

4. A diferencia de los modelos convencionales en relación a las actitudes, el Modelo Metacognitivo se distingue porque considera que una actitud se forma cuando un individuo identifica y acepta conscientemente las asociaciones que la componen como propias. En consecuencia, el Modelo plantea que, “las asociaciones están representadas en la memoria junto con etiquetas relacionadas con su validez (por ejemplo, sí/no, confianza/duda, verdadero/falso, aceptar/rechazar, satisfecho/insatisfecho)” (Briñol et al., 2007, p. 487).

5. Las medidas implícitas reflejan las conexiones que hacemos en nuestra mente sin preocuparse de si esas conexiones son lógicas o verdaderas. Por otro lado, las medidas explícitas reflejan nuestras asociaciones conscientes, ya sean positivas o negativas, y también incluyen el juicio o la *etiqueta* que le damos a esas asociaciones.

#### **2.6.4 ¿Cómo se mantienen las actitudes?**

La confianza o seguridad indica la percepción subjetiva de aprobación que una persona posee sobre sus actitudes, y es precisamente esa confianza la que permite que dichas actitudes se

mantengan a lo largo del tiempo. En este contexto, se han reconocido varios elementos que afectan la confianza relacionada con la actitud. Por ejemplo, las personas tienden a sentirse más seguras de sus actitudes cuando estas se fundamentan en experiencias directas (Fazio & Zanna, 1981), otro ejemplo, es cuando se ha llegado a un acuerdo social que se alinea con las actitudes de la persona (Festinger, 1957). Además, las variaciones individuales en relación con esta variable son un aspecto para tener en cuenta, ya que la confianza de las personas en sus actitudes puede depender de su personalidad y de factores sociodemográficos (Briñol & Petty, 2005). Es así como, las actitudes con un alto grado de confianza incrementan su defensa a la modificación (Rucker & Petty, 2004) y se mantienen estables a lo largo del tiempo (Bassili, 1996) convirtiéndose en factores que influyen en el comportamiento (Tormala & Petty, 2002). Además, la importancia que se otorga a una actitud, trae consigo una valoración hacia esa misma actitud y no hacia el objeto. En este sentido, mientras mayor sea la relevancia que una persona le atribuya a un objeto de actitud, más exhaustiva será su búsqueda de información relacionada con dicho objeto (Briñol et al., 2007).

Por otro lado, el conocimiento de las actitudes está relacionado con la visión o comprensión que tiene una persona acerca de su propia actitud. Este conocimiento percibido es importante porque afecta la manera en que manejamos y organizamos la información y cómo nos comportamos. Por ejemplo, las actitudes de las personas que se creen muy informadas sobre un tema predicen mejor su comportamiento que las actitudes sobre las que se sienten menos informadas. Además, cuando alguien cree que ya sabe mucho sobre un tema, es menos probable que busque más información al respecto y la analice (Briñol et al., 2007).

La dirección de una actitud indica una opinión favorable, desfavorable o neutral por parte de una persona en relación al objeto actitudinal. La intensidad, indica qué tan fuerte es ese sentimiento, ya sea mucho o poco (Morales, 1999). En ese sentido, la fortaleza de una actitud

implica el poder de influir en el comportamiento de un individuo. En otras palabras, una actitud es considerada fuerte si tiene un impacto significativo en las acciones de una persona (Briñol et al., 2007).

Por otro lado, cuando se habla de accesibilidad de una actitud, indica que tanto están al alcance de manera espontánea al exponerse a un objeto de actitud. En consecuencia, la facilidad de acceso a la información influye directamente en cómo las personas comprenden e interpretan el mundo que les rodea (Roskos-Ewoldsen, 1992). Otro punto importante, es que incrementa el fácil acceso cuando se refuerza a través de su expresión recurrente (Schuette & Fazio, 1995). Finalmente se habla de ambivalencia actitudinal cuando una persona tiene valoraciones favorables y desfavorables sobre un mismo objeto de actitud o, por presentar diferencias dentro del componente afectivo, cognitivo y conductual de la actitud. Se puede encontrar la ambivalencia midiendo de manera separada los indicadores positivos y negativos respecto a las actitudes. Lo que indica que, mientras más extremas y semejantes en cuanto a intensidad son las evaluaciones, más ambivalente será la actitud (Briñol et al., 2007).

### **2.6.5 Actitudes explícitas e implícitas**

Cuando se habla de actitudes implícitas, es posible que estas carezcan de información, o que se manifiesten de manera no consciente, mientras que las actitudes explícitas, son equivalentes a la conversación interna que mantenemos con nosotros mismos de manera consciente (Hovland, 1959). El primer tipo de evaluaciones serían automáticas, es decir, las personas realizan evaluaciones de manera inconsciente y aunque el segundo tipo de evaluaciones se denominen explícitas, no siempre se hacen conscientes. Por consiguiente, la diferencia clave entre estos dos tipos de evaluación radica en si la persona está al tanto de la actitud que está mostrando (Briñol et al., 2007). En conclusión, aunque una persona tenga conciencia respecto a su actitud y se haga

explícita, esto no quiere decir que le agrade esa actitud, simplemente, reconoce la actitud. Además, según Briñol, las actitudes implícitas pueden hacerse conscientes por varias formas. Por último, el comportamiento genera una guía para acceder a las actitudes implícitas, mediante un proceso de autopercepción (Gawronski et al., 2006).

### **2.6.7 Medición de las actitudes**

Existen varios instrumentos elaborados para la medición de las actitudes, estos se clasifican en explícitos e implícitos. Los primeros, interrogan de manera directa a las personas sobre sus opiniones y valoraciones que respaldan sus actitudes en relación a un determinado objeto actitudinal. Entre los principales instrumentos de medición se encuentran: el Diferencial Semántico (Osgood et al., 1957), la Escala de intervalos (Thurstone, 1928), la Escala de Likert (Likert, 1932) y la Escala de clasificación de un solo ítem (LaPiere, 1934). Por otro lado, los métodos implícitos o indirectos buscan entender las evaluaciones que las personas tienen sobre un objeto de actitud sin realizar preguntas directas al respecto (Briñol et al., 2007).

### **2.6.8 Instrumento de medición de diferencial semántico**

Cuando se utiliza el método de diferencial semántico, se evalúa el objeto actitudinal a través de adjetivos que representan lo contrario. Por ejemplo, positivo - negativo, bueno - malo o triste - feliz. La actitud se determina sumando los puntajes obtenidos en las diferentes escalas empleadas para su medición. Estos puntajes individuales se ubican dentro de un rango predefinido que fluctúa entre +3 y -3 (Tabla 1) (Osgood et al., 1957).

**Tabla 1.**

*Listado de ejemplos que expresan una actitud, comúnmente encontrados en escalas de diferencial semántico*

<b>Puntuación</b>	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	<b>Puntuación</b>
Bueno	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	Malo
Agradable	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	Desagradable
Guapo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	Feo
Arreglado	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	Desaliñado

*Fuente:* Elaboración propia basada en el diferencial semántico (Osgood et al., 1957).

#### **2.6.8.1 Escala de Likert**

Esta escala presenta un conjunto de declaraciones o afirmaciones que hacen referencia a un tema o asunto en particular sobre el cual esa persona tiene una opinión o sentimiento formado. Posteriormente, se debe expresar el nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones presentadas, marcando la alternativa correspondiente en la escala ofrecida. Las opciones de respuesta para puntuar con esta escala son: totalmente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ligeramente de acuerdo y totalmente de acuerdo. Finalmente, la puntuación que expresa la actitud del participante se encuentra calculando el promedio de la puntuación asignada a los ítems (Likert, 1932).

## **2.7 Marco Conceptual**

### **2.7.1. Ansiedad**

Si bien, es natural y hasta beneficioso experimentar cierta ansiedad. Esta ansiedad nos ayuda a funcionar y sentirnos bien. Igualmente, el miedo nos ayuda a ser prudentes y a evitar el peligro. La ansiedad también es un síntoma común en muchos trastornos mentales (Morrison, 2015). La ansiedad se caracteriza por una sensación interna de tensión y preocupación, acompañada por una mayor activación del sistema nervioso. Esta experiencia puede cambiar en intensidad y variar con el tiempo (González et al., 2006). Otra definición es la de Carballo et al. (2019) quienes mencionan que la ansiedad se define como una emoción que todas las personas han experimentado en algún momento, especialmente en situaciones donde se enfrentan a algo de gran relevancia. Esta emoción provoca una respuesta psicofisiológica en el sistema nervioso central y en el cuerpo en general. En último término, la ansiedad se describe como un fenómeno adaptativo que desempeña roles de alerta y defensa esenciales para la supervivencia de una persona (Agüera et al., 2006).

La ansiedad puede evaluarse de las siguientes maneras: estado que se refiere a una emoción temporal o pasajera, y rasgo, que indica una tendencia o predisposición más estable a la ansiedad que caracteriza el comportamiento de un adulto durante un período prolongado (Espinoza Oyarce et al., 2020). En este sentido, la ansiedad está muy relacionada con cómo interpretamos las situaciones, si las vemos como peligrosas y si creemos que no tenemos los recursos para manejarlas. Es decir, la ansiedad depende de nuestra percepción de las amenazas y de nuestra autoconfianza para afrontarlas (Espinoza Oyarce et al., 2020).

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), este puede ser difícil de diagnosticar porque provoca un nerviosismo constante y moderado, sin ataques de pánico. Aunque todos nos preocupamos a veces, el TAG es diferente. La preocupación normal suele ser menos intensa y podemos dejarla de lado para centrarnos en otras cosas. Sin embargo, la preocupación del TAG a menudo comienza sin razón aparente y es difícil de controlar, lo que provoca síntomas físicos que se acumulan y generan una sensación de inquietud. Además, la preocupación en el TAG tiende a ser desproporcionada en comparación con las circunstancias reales. Este trastorno suele manifestarse alrededor de los 30 años, y muchas personas viven con los síntomas durante años sin buscar ayuda profesional. Finalmente, la genética juega un papel significativo en el desarrollo del TAG, que afecta hasta al 9% de la población adulta, y es más común en mujeres (Morrison, 2015).

### ***2.7.2 Sintomatología de ansiedad en personas mayores***

Las personas mayores suelen manifestar la ansiedad de manera distinta a los pacientes jóvenes, siendo más común que presenten síntomas físicos. Además, este grupo etario experimenta con mayor frecuencia trastornos de ansiedad como las fobias, el trastorno de ansiedad generalizada, los ataques de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo (Fernández & Granados, 2015). Entre los síntomas predominantes que surgen en la persona mayor que sufre ansiedad se encuentran: dificultad para respirar, palpitaciones, mareos, vértigo o sensación de inestabilidad, sudoración, temblores en el cuerpo, temor a caerse, temor a morir y temor a perder la cordura o el control. Existe sintomatología menos frecuente que se ha documentado como: dolor muscular, visión borrosa, zumbido de oídos y náuseas o vómitos (Fernández & Granados, 2015). En este sentido, la respuesta de ansiedad involucra la activación de varios sistemas de reacción, como el cognitivo, el fisiológico y el motor, los cuales no siempre funcionan de manera coordinada. Esto resulta en una mezcla de respuestas como inseguridad, miedo taquicardia, sudoración, cambios en la expresión facial, movimientos repetitivos y conductas de evitación, configurando así lo que

conocemos como ansiedad (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999). Además, en las personas mayores, es común que la ansiedad se presente junto con otros problemas de salud como la depresión, enfermedades del corazón o diabetes (El-Gabalawy et al., 2013). Si bien, la etapa de la vejez está marcada por múltiples acontecimientos que podrían desencadenar algún tipo de ansiedad, ésta se considera un problema en los adultos mayores cuando se vuelve constante y les impide realizar sus actividades diarias de manera efectiva (El-Gabalawy et al., 2013).

### ***2.7.3 Prevalencia de ansiedad en personas mayores***

Según datos de la OMS (2017), aproximadamente el 60% de las personas mayores de 65 años experimentan algún tipo de trastorno mental. Dentro de los más predominantes se encuentran la demencia, la depresión y los trastornos de ansiedad. La prevalencia de estos trastornos en personas mayores es significativamente más alta de lo que se pensaba, llegando a una tasa anual del 20,8% (Cisneros & Ausín, 2019); es decir, la ansiedad es un desafío frecuente en la población de personas mayores, presentando una prevalencia que varía de moderada a alta (Zahedi-Bidgol et al., 2020). Sin embargo, la ansiedad en las personas mayores frecuentemente no se detecta porque se asume erróneamente que es una parte inevitable del envejecimiento, así como una respuesta esperable ante problemas de salud crónicos, duelos y aislamiento social (Anbesaw & Fekadu, 2022).

### ***2.7.4 Factores de riesgo para la ansiedad en las personas mayores***

La ansiedad en los adultos mayores puede ser provocada por múltiples causas o factores de riesgo, muchos de los cuales están vinculados a cambios drásticos en su estilo de vida. Esto incluye una notable pérdida de autonomía, problemas económicos, miedo a la muerte, un deterioro significativo en su salud, un incremento del aislamiento social o la presencia de otras enfermedades (El-Gabalawy et al., 2013), desafíos físicos, minusvalía, necesidad de apoyo y retiro laboral (Zahedi-Bidgol et al., 2020). También, el ser mujer, condiciones que dificulten la movilidad y

trastornos en el sueño se han documentado como factores que predisponen a sufrir ansiedad en esta etapa de la vida (Jiménez et al., 2023) Especialmente, se ha documentado que vivir solo se asocia con un aumento de la ansiedad en las personas mayores (Andreescu & Lee 2020). Asimismo, la ansiedad relacionada con la muerte implica la anticipación y la conciencia de la realidad de morir y el hecho de la muerte, integrando aspectos cognitivos, emocionales y motivacionales. En este sentido, las personas mayores al estar en la etapa final de su vida se ven forzadas a confrontar la noción de su propia muerte (Van Den Noortgate & Van Den Block, 2022). Por el contrario, recibir ingresos de jubilación, mantenerse activo físicamente, gozar de buena movilidad y contar con una red de apoyo social contribuyen a la protección y el bienestar de las personas mayores (Cabrera & Montorio, 2009).

Para un estudio más completo de la ansiedad en las personas mayores, es importante analizar desde una perspectiva biopsicosocial, lo que indican los factores biológicos, psicológico y sociales que influyen en este trastorno mental en este grupo etario (Babalola et al., 2017). En este sentido, las personas mayores con discapacidad visual presentaron una falta de confianza, lo que llevó a la soledad, retraimiento social y finalmente desencadenó en síntomas ansiosos y depresivos (Feei Ma & Zhou, 2024). También se sabe que la reducción de la actividad física representa un riesgo para el deterioro de la salud mental en las personas mayores (Feei Ma & Zhou, 2024). Asimismo, la función cognitiva, la ansiedad y la depresión mostraron una conexión significativa con la dependencia funcional (Durán-Badillo et al., 2021). Una mayor preocupación y un menor control cognitivo están asociados con síntomas de ansiedad graves y persistentes (Spinhoven et al., 2017).

## 2.8 Depresión

Dentro del Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (2015), la depresión se define como un trastorno que afecta el estado emocional o anímico. En ese sentido, un trastorno del estado de ánimo implica patrones de enfermedad que surgen de cambios inusuales en el estado anímico. El estado de ánimo se refiere a una emoción que perdura y que influye en nuestra forma de ver la vida. Si bien, la mayor parte de las personas con estos trastornos experimentan depresión, algunas también pueden tener episodios de exaltación del ánimo.

La palabra depresión proviene del latín *depressio*, que se traduce como *hundimiento*. Este trastorno afectivo puede manifestarse desde episodios temporales de tristeza, comunes en la vida cotidiana, hasta un síndrome clínico que se caracteriza por su gravedad y duración, presentando signos y síntomas que se diferencian notablemente de lo habitual (Rivas-Acuña et al., 2011). La depresión puede referirse a tres conceptos diferentes: primero, la depresión como un síntoma, que puede presentarse de manera aislada o casi aislada, a menudo junto con otros síntomas que pueden o no estar relacionados. Segundo, la depresión como un síndrome, en el que la tristeza es el elemento principal y se asocia con otros síntomas y, por último, la depresión entendida como una enfermedad (Vallejo Ruiloba, 2011). La depresión, de acuerdo con la OMS (2023), es un trastorno mental afectivo que es común y tratable, presente en diversas partes del mundo. Se manifiesta a través de alteraciones en el estado de ánimo, acompañadas de síntomas tanto cognitivos como físicos. Estos síntomas pueden surgir de manera primaria o como consecuencia de enfermedades subyacentes (OMS, 2023).

### ***2.8.1 Clasificación de la depresión según el DSM-V***

1) Trastorno depresivo mayor: a diferencia de las personas con trastornos bipolares, estas personas nunca han experimentado manía o hipomanía. Sin embargo, sí han tenido uno o más episodios de depresión mayor. Este trastorno depresivo mayor puede ser un evento aislado en su vida o puede ocurrir repetidamente, 2) Trastorno depresivo persistente o distimia: a diferencia del trastorno depresivo mayor, esta forma de depresión es de larga duración y no presenta períodos de euforia o exaltación. Aunque la intensidad de los síntomas generalmente no logran el umbral para diagnosticar un episodio de depresión mayor, ahora se clasifica como depresión mayor crónica, 3) Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: el niño tiende a estar de mal humor y a menudo tiene rabietas fuertes, 4) Trastorno disfórico premenstrual: es común que algunas mujeres presenten síntomas de depresión y ansiedad en los días previos a su período menstrual, 5) Trastorno depresivo debido a otra afección médica: varias enfermedades de origen orgánico y neurológico pueden presentar síntomas similares a los de la depresión, aunque no cumplan con todos los criterios establecidos para ser diagnosticadas como trastornos depresivos y 6) Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos: aquí, el consumo de alcohol u otras sustancias puede causar síntomas de depresión, ya sea por intoxicación o abstinencia. Estos síntomas no siempre cumplen con los criterios diagnósticos completos de un trastorno depresivo específico. En general, las alteraciones del estado de ánimo son comunes en personas que sufren de trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico y las fobias, así como en aquellos con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático (Morrison, 2015).

### ***2.8.2 Síntomas de un episodio de depresión mayor***

La depresión se manifiesta a través de la fatiga, la lentitud psicomotora y, en algunos casos, agitación. Los pacientes pueden experimentar una baja autoestima, sentimientos de culpa y dificultades de concentración, que a veces se confunden con demencia. Lo más grave son las ideas de muerte y el riesgo de suicidio (Morrison, 2015). Es importante reconocer que las personas que sufren de depresión a menudo experimentan una variedad de síntomas que van más allá de los enumerados en los criterios de diagnóstico del DSM-5. Estos síntomas adicionales pueden incluir episodios de llanto, miedos intensos, pensamientos intrusivos y comportamientos repetitivos. Además, es posible que los pacientes refieran sentimientos de desesperanza, impotencia o baja autoestima. Otro aspecto importante para tomar en cuenta en la valoración y el diagnóstico de depresión mayor es el tiempo con que se presentan los síntomas, el cual debe ser durante dos semanas con una presencia a diario (Morrison, 2015).

### ***2.8.3 Sintomatología de depresión en personas mayores***

Existen diversas manifestaciones de la depresión en personas mayores, tales como: inquietud, ansiedad, preocupación, síntomas físicos sin causa aparente, reducción en la iniciativa y en la habilidad para resolver problemas, deterioro en el autocuidado, consumo excesivo de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, sentimientos de culpa desproporcionados, paranoia, obsesiones y compulsiones (Secretaría de Salud, 2011). Es común que en la vejez, se experimente irritabilidad, ansiedad y síntomas físicos. Además, la depresión en este grupo de edad a menudo se presenta junto con otras condiciones médicas complejas (Taylor, 2014).

En la revisión de la literatura más reciente de los síntomas depresivos en las personas mayores, se encuentran como los más reportados los siguientes síntomas somáticos: desorden del sueño, falta de energía o fatiga, estado de ánimo depresivo, irritabilidad y llanto (Hernández et al., 2022). Los síntomas menos reportados a nivel somático fueron: estreñimiento, alteración psicomotriz, reducción en el apetito y pérdida de peso (Hernández et al., 2022). Asimismo, se han identificado síntomas con relación al aspecto cognitivo en las personas mayores. De tal modo que la persona siente que no puede resolver sus problemas, además, se preocupa sin motivo aparente y revive recuerdos negativos (Pérez et al., 2016). También pueden pensar que su muerte sería un alivio para los demás (Gibson et al., 2019), tienen problemas para concentrarse, se quejan de su memoria, y experimentan pesimismo y falta de esperanza (Cai et al., 2020). Finalmente, la ideación suicida es un síntoma cognitivo clave de la depresión en adultos mayores, destacándose como uno de los indicadores más significativos de la presencia de depresión en este grupo de edad (Zenebe et al., 2021).

Respecto a los síntomas a nivel afectivo se encuentran: apatía, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, sentimiento de culpa e inutilidad. Además, los síntomas afectivos se reportan como más recurrentes que los cognitivos o somáticos (Hernández et al., 2022). Por último, los síntomas reportados a nivel conductual indican que las personas mayores con depresión experimentan problemas en los vínculos entre personas (Fiske et al., 2009), prefieren quedarse en su casa, lo que indica problemas para realizar actividades cotidianas (Gallardo-Peralta et al., 2022).

La depresión en las personas mayores es una condición que se diagnostica con poca frecuencia y recibe escaso tratamiento (Howard & Lovestone, 1996), esto se debe a que los síntomas de depresión en la vejez a menudo se asocian con los efectos secundarios de los medicamentos, ciertas condiciones médicas o incluso la pérdida de seres queridos, sin tener en cuenta el diagnóstico de un episodio depresivo (Devita et al., 2022). Por ejemplo, la depresión de inicio tardío se define como la aparición de síntomas depresivos por primera vez después de los 65 años, y a menudo es difícil de identificar (Devita et al., 2022).

En último término, la depresión es un trastorno emocional que afecta significativamente la calidad de vida de las personas mayores, pues afecta a procesos cognitivos y se manifiesta de manera somática (Glover & Srinivasan, 2013). Otras consecuencias de la depresión incluyen: restricciones en la capacidad funcional del individuo, dificultades en las tareas diarias, errores y prejuicios en la interpretación de la información, así como el riesgo de suicidio (Devita et al., 2022). Además, la depresión incrementa el riesgo de enfermedades y mortalidad asociadas a problemas médicos (Glover & Srinivasan, 2013). En última instancia, aumenta los costos en atención a la salud. El impacto en la presencia de dos o más trastornos y/o enfermedades al mismo tiempo en una persona es bidireccional, ya que el pronóstico de diversas enfermedades influye negativamente en la evolución de la depresión (Glover & Srinivasan, 2013).

#### ***2.8.4 Prevalencia de depresión en personas mayores***

Aproximadamente el 20% de las personas mayores sufre de algún tipo de problema de salud (de Sousa et al., 2025; Vega et al., 2010). En este contexto, la depresión es el trastorno mental más común en las personas mayores y se desarrolla a partir de factores biológicos, psicológicos y sociales (Ortiz, et al., 2017) entre el 8% y el 16%, de las personas mayores de 60 años experimentan depresión clínica (Taylor, 2014). La depresión impacta aproximadamente a 350 millones de

personas en todo el mundo y es la segunda causa de años de vida saludable perdidos, solo superada por las enfermedades cardiovasculares (Devita et al., 2022).

En México, la depresión constituye la causa más importante de incapacidad entre las mujeres y ocupa el noveno lugar en hombres. El 9.2% de la población mexicana ha experimentado un trastorno afectivo a lo largo de su vida (Berenzon et al., 2013). En lo que a la población de personas mayores refiere, en el año de 1950, alrededor del 8% de la población global tenía más de 60 años. Para el año 2000, este porcentaje aumentó al 10%, y se proyecta que llegará al 21% para el año 2050 (Kleinman, 2004). La depresión, representa un reto de salud mental común dentro del grupo etario de personas mayores. Alrededor del 10% de las personas mayores que viven en sus casas sufren depresión, mientras que las tasas son más altas

En el estudio de Belló et al. (2005), el grupo de mujeres menores de 40 años, el 4%, se vio afectado, mientras que este porcentaje aumentó al 9.5% en las mujeres mayores de 60 años. En este contexto, se ha documentado que, de acuerdo con su estado civil, la mayor proporción de mujeres que sufren depresión se encuentra entre las separadas, divorciadas y viudas (76.2%), en el caso de los hombres, el porcentaje más alto de personas deprimidas corresponde a los solteros (44.0%) (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2016). El estudio más reciente que evaluó los niveles de ansiedad, estrés y depresión, predominó la ansiedad con un 81.4%, seguido del estrés con un 47% y los niveles de depresión representaron el 34% (Ambriz et al., 2024).

### ***2.8.5 Factores de riesgo asociados a la depresión en la vejez***

El deterioro de la salud física se considera el principal factor de riesgo para la depresión en personas mayores, ya que está vinculado a un aumento en la discapacidad y la dependencia (Maier et al., 2021). Además, se han documentado otra serie de factores de riesgo asociados a la depresión en la vejez, entre los que se encuentran: el sexo femenino, dolor crónico, abuso de sustancias, patologías médicas, trastornos del sueño, aislamiento social, discapacidad, problemas económicos, eventos vitales negativos y bajo nivel educativo (Sims, et al., 2017). En relación con este último factor, se encontró en el estudio de Belló (2005) que, a medida que aumenta el nivel educativo, la prevalencia de la depresión tiende a disminuir. Específicamente, en personas sin educación formal, la prevalencia se situó en un 8%, mientras que en aquellos con educación superior o más, se redujo a un 2.1%. También, se ha estudiado que el estado civil representa un factor de riesgo, o bien, puede ser un factor protector (Cancino-Montecinos et al., 2018; Jiménez et al., 2021; Ortiz et al., 2017) y que, la depresión puede aparecer en las fases tempranas de la demencia, (Secretaría de Salud, 2015). En conclusión, la depresión en personas mayores es significativa desde el punto de vista, social y económico, debido a su conexión con la reducción de la productividad, la calidad de vida, su fuerte influencia en enfermedades crónicas y la tasa de mortalidad (Zenebe et al., 2021).

## **2.9 Estrés**

El concepto de estrés tiene sus raíces en Durante la década de 1930, siendo un joven estudiante de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye notó que los pacientes que estudiaba, a pesar de padecer diversas enfermedades, compartían comunes, por ejemplo, cansancio, pérdida de peso y ausencia de apetito. Selye concluyó que enfermedades como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales podrían ser consecuencias de cambios fisiológicos causados por un estrés prolongado, que afecta negativamente al organismo humano (Pearlin, 1981). Es así que, el estrés es una respuesta que emerge de la interacción alterada entre una persona y su contexto, donde las exigencias ambientales exceden las capacidades del sujeto (Rodríguez Guardiola & Tejera Concepción, 2020). Esta alteración de la homeostasis desencadena una secuencia de eventos conocida como respuesta al estrés (Miller & O'Callaghan, 2005). En este sentido, las percepciones negativas del individuo sobre su capacidad para manejar estas demandas intensifican la sensación de impotencia y la ausencia de control en relación a la situación (Rodríguez Guardiola & Tejera Concepción, 2020). En las primeras etapas del estrés, estos cambios o trastornos son generalmente suaves y necesarios, ya que permiten al cuerpo enviar señales que le permiten estar alerta y prevenir el surgimiento de problemas más graves (Rodríguez-Vargas et al., 2022).

### **2.9.1 Estrés en personas mayores**

Uno de los factores de riesgo que más impactan el bienestar, la salud y la calidad de vida en la vejez, es el estrés (Rodríguez Guardiola & Tejera Concepción, 2020). El estrés en personas mayores puede afectar negativamente su salud. Cuando enfrentan situaciones estresantes, su cuerpo produce más cortisol, lo que puede acelerar el envejecimiento celular debido a la reducción de los telómeros. Esto puede llevar a problemas de memoria, envejecimiento prematuro y, en casos extremos, a la muerte (Alomoto et al., 2018). En este sentido, el estrés acelera el envejecimiento,

y todos los efectos del envejecimiento se derivan de niveles excesivamente altos de estrés (Miller & O'Callaghan, 2005). Además, el estrés en la vejez está influenciado por factores personales, sociales y ambientales, que desempeñan un papel crucial al considerar esta etapa como especialmente estresante (Rodríguez Guardiola & Tejera Concepción, 2020). También, se sabe que el hipocampo es sensible a los glucocorticoides que son ocasionados por el estrés constante; por lo tanto, existe preocupación por el daño potencial que puede sufrir debido a un exceso prolongado de estos. Dado que el hipocampo tiende a deteriorarse con el tiempo, muchos investigadores sugieren que el aumento de glucocorticoides asociado con la edad podría ser una causa parcial de este deterioro, ya sea por el efecto directo de estas hormonas del estrés o por un efecto potenciado (Miller & O'Callaghan, 2005). En último término, el estrés se manifiesta a través de aspectos tanto fisiológicos como conductuales, y su función principal radica en la de proteger y salvaguardar a la persona (Barrio et al., 2006). Por otro lado, la discriminación por edad actúa como un factor social estresante que puede llevar a estilos de vida poco saludables. Esto provoca que las personas se aislen y eviten participar en actividades físicas para evitar ser discriminadas, lo que a su vez incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas y síntomas depresivos (Jackson et al., 2019). Es decir, que el vejez tiene un impacto negativo en el bienestar psicológico, contribuyendo a aumentar el estrés, y reducir la satisfacción general con la vida (Kang & Kim, 2022).

### ***2.9.2 Factores de riesgo asociados al estrés en las personas mayores***

En los adultos mayores, se observan altos niveles de estrés debido a factores como la jubilación, la disminución de las capacidades físicas, enfermedades, dependencia o el aislamiento familiar (Alomoto et al., 2018). También, la exclusión social ocasionada por la infravaloración de este grupo etario acarrea estrés en esta etapa de la vida (Álvarez et al., 2019). En este sentido, la autoestima tiende a disminuir en la vejez como resultado de la disminución de habilidades físicas,

mentales y estéticas. Esta disminución está influenciada por prejuicios sociales y dificultades para controlar la propia vida, lo que afecta la funcionalidad del individuo. Sin embargo, en la tercera edad, la autoestima se ve más afectada por la pérdida del rol social que por la disminución inmediata de la funcionalidad (Rodríguez Guardiola & Tejera Concepción, 2020). Otro aspecto para considerar es el tiempo que se presenta el estrés.

## Capítulo 3. Planteamiento de la investigación

### 3.1 Planteamiento del problema

En todo el mundo existen aproximadamente 1400 millones de habitantes del grupo de personas mayores, además, las estadísticas apuntan a que se duplicará en el año 2050, pasando a 2100 millones, específicamente, en cuanto a grupos de 80 años o más se refiere (OMS, 2022). Aunado a eso, los datos indican que, entre las principales afecciones mentales en la etapa de la vejez, se encuentran presentes la depresión y la demencia, también se sabe que las mujeres son más propensas a ser diagnosticadas con depresión que los hombres (OMS, 2022; OMS 2023). Es preciso señalar, que los trastornos depresivos ocupan el lugar más alto considerando todas las edades, con excepción de la categoría de 0 a 14 años, asimismo, los trastornos mentales fueron la segunda causa principal de años de vida con discapacidad en todo el mundo tanto en el 1990 como en el 2019, esto según el estudio realizado por GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Existe también influencia entre el estrés, la ansiedad y la depresión, así como los efectos adversos que estos acarrearán a la salud de las personas mayores (Frasure-Smith et al., 1993).

Son diversos los factores que aparecen como predictores de la depresión en la vejez, por ejemplo: vivir solo, dificultades familiares, el bajo nivel educativo, escaso soporte social, propósito en la vida, la autonomía, la personalidad, el neuroticismo, sentimientos de impotencia ante enfermedades físicas, enfermedades crónicas, cambios en su posición social, y en especial, las mujeres resultan más vulnerables a sufrir depresión. (Aziz & Steffens, 2013; Bruce, 2002; Frasure-Smith et al., 1993; Howorth et al., 2019; Lahey, 2009).

En la presente investigación, la sintomatología de la depresión se abordará desde una perspectiva biopsicosocial, así pues, entre los padecimientos físicos más asociados con la depresión están: enfermedades cardíacas, enfermedad coronaria y cateterismo cardíaco, dolor crónico, artritis, pérdida de audición o visión, hipertensión, enfermedades del tracto urinario (Aziz & Steffens, 2013; Carney & Freedland, 2003). El deterioro funcional como consecuencia de una enfermedad física se encuentra entre las causas principales de la sintomatología de la depresión en los adultos mayores, pues, se genera una serie de sentimientos relacionados con la inutilidad, desesperanza, tristeza, entre otros (Bruce, 2002). Finalmente, el deterioro de la memoria, cognitivo, la demencia, y en el peor de los casos, el suicidio, son algunas de las consecuencias de la depresión no tratada (Burt et al., 1995; Frasure-Smith et al., 1993). Hay que hacer notar que, en la edad avanzada, las ideas suicidas resultan más realistas y con menos advertencias de llevarse a cabo (Conwell et al., 1998).

Con respecto a la ansiedad, se ha documentado que el adulto mayor se convierte en un ser vulnerable y proclive a sufrir diversos trastornos de tipo emocional, en efecto, los trastornos de ansiedad y depresión representan una problemática de primera magnitud en este grupo etario (Jiménez, 2021), siendo la ansiedad el trastorno que ocupa el sexto lugar con respecto a la carga mundial de discapacidad (OMS, 2017). Sin embargo, son pocos los estudios que existen acerca del trastorno de ansiedad, lo que limita el conocimiento a su prevalencia (Schaub & Linden, 2000). Además, es necesario considerar que los adultos mayores experimentan y procesan las emociones de manera diferente que los grupos de adultos jóvenes, lo cual indica un menor sesgo hacia las emociones negativas vitales; por ejemplo, los adultos mayores presentan una mayor preocupación por la salud (Brenes et al., 2005; Therrien & Hunsley, 2012), así pues, la detección de la ansiedad en las personas mayores resulta complicada debido a que los síntomas de la ansiedad pueden

confundirse con algún aspecto del proceso de envejecimiento, en el que se ve involucrado el deterioro cognitivo, dificultad para concentrarse y fatiga (Lenze et al., 2000; Therrien & Hunsley, 2012). También, se suele considerar el miedo, la ansiedad y la agitación como algo normal al proceso de envejecimiento, de ahí que no sea posible evaluar con los mismos criterios diagnósticos utilizados para la población de adultos jóvenes, ya que los adultos mayores podrían estar experimentando síntomas que no están siendo considerados para la evaluación, (Wolitzky-Taylor et al., 2010). En último término, si llegar a un diagnóstico certero resulta complicado, también lo será el recibir un tratamiento (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Las consecuencias del trastorno de ansiedad generalizada se han asociado con miedos sociales, preocupaciones y depresión (Beck, et al., 1996; van Balkom et al., 2000). Una investigación longitudinal ha demostrado que la ansiedad en los adultos mayores puede aumentar el riesgo de deterioro cognitivo, más aún que el riesgo propio de la etapa de la vejez (Sinoff & Werner, 2003). Además, los adultos mayores que presentan ansiedad resultan más propensos a sufrir enfermedades medicas crónicas, en especial, enfermedades cardiovasculares (Tully et al., 2008). Bajo el mismo tenor, el deterioro cognitivo y demencia entre los adultos mayores son relacionados con la ansiedad (Seignourel et al., 2008), lo cual afecta la capacidad de comunicar asertivamente los síntomas (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Así mismo, la presencia de depresión se ha asociado con una mayor gravedad del trastorno de ansiedad generalizada entre los adultos mayores, implicando una estrecha relación entre ambos trastornos (Beekman et al., 2000; Hopko et al., 2000; Stanley et al., 2001). Del mismo modo, la presencia de síntomas de ansiedad entre adultos mayores con depresión se ha asociado con una mayor tendencia a cometer suicidio (Lenze et al., 2000; OMS, 2017).

Por otra parte, el estrés también es un reto de salud mental que afecta entre el 10 y 55 % de la población de personas mayores a escala mundial, además, el 15 % de este grupo sufre trastornos mentales como ansiedad y depresión (Issalillah & Aisyah, 2022). Existen diversos factores estresantes que acontecen en la vida de las personas adultas como pueden ser: la muerte del cónyuge u otro ser querido, discapacidad, deterioro funcional, percibir menos ingresos y una menor educación (Areán & Reynolds, 2005; Chang-Quan et al., 2010). También se sabe que las personas con neurosis responden mal al estrés e interpretan las situaciones como amenazantes (Lahey, 2009).

Los adultos mayores deben enfrentarse a cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos (Boyle, 2005; Hurlock, 1980), además de experimentar sentimientos de soledad y angustia, lo que suele provocar estrés en este grupo etario (Issalillah & Aisyah, 2022). Si bien, el estrés es una experiencia común e inevitable en la vida diaria, un exceso de factores estresantes puede afectar capacidades cognitivas, la memoria a largo plazo y deterioro físico (Issalillah & Aisyah, 2022; Moore et al., 2020), también existen consecuencias en el deterioro en las relaciones personales, la salud psicológica, una mala calidad de vida que conlleva a un mayor riesgo de morbilidad, infarto de miocardio, accidente cardiovascular, y en última instancia la muerte (Molden & Maxfield, 2016).

Con respecto al edadismo, este se entiende como la discriminación a las personas, por motivos de edad (Higgs & Gilleard, 2022). El 95,5% de la información proveniente de los estudios incluidos en la revisión sistemática, reportaron pruebas de que el edadismo influye en las enfermedades mentales, siendo la depresión la afección más examinada (Chang et al., 2020). El edadismo se ha asociado con síntomas depresivos, lo cual permitió detectar las siguientes necesidades: 1) profundizar en cuanto a la prevalencia de la discriminación por edad percibida

dividida por género (masculino y femenino), 2) profundizar en el tema del edadismo pero utilizando términos en español como “viejismo”, 3) explorar la prevalencia que existe en cuanto a la discriminación por edad practicada, 4) explorar variables mediadoras, por ejemplo: edad subjetiva, apoyo social, y 5) emplear instrumentos de medición para las variables de los futuros estudios que estén contruidos con buenas propiedades psicométricas. La necesidad de profundizar en la prevalencia de género es porque, a pesar de que los estudios indican el total de la muestra por género, en la información de los resultados y prevalencia de edadismo por género, solo dos estudios lo especificaron (Chun et al., 2015; Kim et al., 2016).

El edadismo se constituye por tres constructos fundamentales: estereotipos, prejuicios y discriminación. Con respecto a los estereotipos, estos son esquemas cognitivos que generan creencias y expectativas acerca de las características de las personas (Kite et al., 2022), de tal manera que, los estereotipos que las personas tienen acerca de la edad pueden guiar a inferencias negativas, que incluyan afirmaciones y generalizaciones acerca de cómo deben ser y actuar las personas basándose únicamente en la edad (Bozanic & Ortiz, 2021; Fiske et al., 2002). Es a través del tiempo que la sociedad conduce a la evolución de estereotipos; sin embargo, en el caso de los estereotipos relacionados a la edad, estos rebasan regiones (Cuddy et al., 2005; Löckenhoff et al., 2009).

Por un lado, los estereotipos se implantan en las diversas áreas; por ejemplo, en el ámbito sanitario, trayendo consecuencias como la segregación y falta de cuidado a las personas mayores. Además, se da la internalización de estereotipos edadistas que conllevan a una baja participación y aislamiento en el ámbito social (Bozanic & Ortiz, 2021). Además, tienen impactos adversos en la autoestima y la salud mental de las personas mayores, al mismo tiempo que agravan el bienestar físico y cognitivo (Bal et al., 2011; Krings et al., 2011). Específicamente, se ha encontrado que

merman el rendimiento de la memoria, disminuyen la capacidad matemática y de escritura, afectan el sentimiento de autoeficacia, aumentan el retiro anticipado de los roles y compromisos sexuales, laborales y sociales, en última instancia, atentan contra la integridad personal (Iacub & Arias, 2010).

Por otra parte, los prejuicios son esas reacciones emocionales o sentimientos, ya sean positivos o negativos dependiendo de la pertenencia a cierto grupo (Iversen et al., 2009), de tal manera que contribuyen a crear o mantener jerarquías entre los grupos (Dovidio et al., 2010). En la discriminación por edad, los prejuicios están basados en la edad, generando exclusión a este grupo etario (Cuddy et al., 2005; Posthuma et al., 2012). También se sabe que los estereotipos surgen en la niñez, a transmitidos por los medios de comunicación, políticas públicas, el sistema de educación, así como la transmisión intergeneracional, y que con el paso del tiempo se genera una interiorización de esos estereotipos (Mingorance, 2014). En particular, los prejuicios basados la falta de comprensión y malinterpretación de las posibilidades de las personas mayores aumentan la gravedad cuando las personas incorporan esos prejuicios a su visión personal (Rodríguez Guardiola & Tejera Concepción, 2020). De tal manera que las personas con prejuicios resultan víctimas de estos, y por cuestiones de desconocimiento tendrán un efecto nocivo para la salud (Mingorance, 2014).

Las consecuencias de la práctica de prejuicios hacia los adultos mayores conllevan a una serie de inequidades al momento de recibir atención para su vida en las diversas esferas (Bowling, 1999). Además de que la incorporación de prejuicios en la vejez genera una pérdida de los roles que se desempeñaban, lo que ocasiona el declive del estatus social (Mingorance, 2014). Finalmente, se estigmatiza el proceso de envejecimiento conduciendo a la discriminación (Gutiérrez Robledo & Lezama Fernández, 2013).

El último constructo del edadismo es la discriminación, que implica acciones, prácticas o políticas aplicadas a las personas por su percepción o real pertenencia a algún grupo socialmente destacado, imponiendo cierta ventaja o desventaja (Palmore, 2016). En la discriminación por edad, la discriminación se relaciona a comportamientos, acciones, prácticas y políticas que están dirigidas a personas según la edad. De manera general, la discriminación por edad implica, cómo pensamos (estereotipos), cómo sentimos (prejuicios) y cómo actuamos (discriminación) (OMS, 2021). Además, la discriminación por edad es omnipresente en todas las poblaciones, indicando que una de cada dos personas en todo el mundo practica la discriminación por edad, del mismo modo que es más común en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2021).

En última instancia, el impacto de la discriminación por edad es grave y sus costos en todos los ámbitos resultan ser muy elevados; por ejemplo, reduce la longevidad, se asocia con enfermedades físicas, comportamientos de riesgo para la salud, trastornos mentales, aislamiento social, soledad, mala calidad en el ámbito sexual, provoca pobreza e inseguridad financiera, abuso y violencia (Cuddy et al., 2005; Fiske et al., 2002; Musaiger et al., 2013).

En particular, la aparición y aumento en la sintomatología de la depresión, ansiedad e ideas suicidas resultan a consecuencia de la discriminación por edad (Levy et al., 2014). En el año 2015, a nivel mundial, un aproximado de 6.33% de casos de depresión fueron atribuidos a discriminación por edad, encontrando una prevalencia en los países con menos ingresos (Chang et al., 2020). Esto tiene sentido, si se toma en cuenta que la discriminación por edad tiene sus orígenes en el lenguaje, las actitudes, creencias, comportamientos influenciados por la comunidad y las políticas; por ejemplo, prácticas médicas, asistenciales, limitación directa o indirecta de servicios sanitarios, políticas públicas, y en último término, la exclusión en los medios de educación y comunicación,

generando una segregación y sus consecuencias adversas en la salud de este grupo etario (Bowling, 1999).

### **3.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación del vejeismo (discriminación, prejuicios y estereotipos), la depresión, ansiedad y estrés en personas mayores del Estado de México usando un análisis de trayectoria (path analysis)?

### **3.3 Justificación**

La esperanza de vida ha aumentado considerando esto como un hecho sin precedentes históricos. Sin embargo, el inicio de la tercera edad no siempre garantiza un sistema que englobe la salud. Por lo tanto, evaluar la salud de los adultos mayores implica considerar aspectos como su salud física, psicológica y aspectos sociodemográficos (Rueda, 2022). En este sentido, los adultos mayores son más susceptibles a sufrir discriminación por edad y sus manifestaciones las cuales implican estereotipos, prejuicios y, en última instancia, discriminación. Dichas prácticas, conllevan a una serie de efectos adversos a la salud mental de las personas mayores, en específico la depresión y ansiedad (OMS, 2021).

Además, los países de escasos y medianos ingresos presentan desafíos para diagnosticar y tratar los trastornos mentales a diferencia de países con un mayor ingreso (Lund et al., 2010). Así mismo resulta importante analizar las actitudes sociales y culturales hacia la salud mental, ejemplo de esto es el número de estudios realizados en países de altos ingresos indicando que existe un mayor número de investigaciones que atienden la salud mental de las personas mayores en países que se tienen ingresos altos (Semrau et al., 2015). Entre los países de bajos ingresos que presentan una mayor prevalencia de depresión se encuentran: África, seguido de Asia y América del Sur, cabe mencionar que no se mostró gran diferencia en cuanto a las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas (2,0% al 51, 4% y 2, 3% a 51,9%) (Edwards et al., 2023). En último término, hay

una gran ausencia de conocimiento porque los adultos mayores en muy pocas ocasiones representan las muestras a evaluar, y en todo caso, cuando se usan como muestras, son de instituciones, lo cual hace poco representativos los resultados (Castellano & de Miguel, 2010).

La presente investigación resulta novedosa porque, aunque existe información con respecto a las variables de interés (estereotipos, prejuicios, discriminación, depresión, ansiedad y estrés), no se han encontrado estudios que examinen la depresión, ansiedad y estrés juntos como consecuencia de la discriminación percibida por los adultos mayores en zonas rurales y urbanas del noreste del Estado de México. Del mismo modo, la investigación, es viable, pues se cuenta con los recursos necesarios para llevarla a cabo (recursos económicos humanos y materiales).

Los hallazgos de la presente investigación ayudarán a generar información relevante en un futuro acerca del tema que involucra la discriminación por edad practicada y percibida, considerando sus componentes (estereotipos, prejuicios y discriminación) y sus repercusiones en la salud mental, específicamente en la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión en la población de adultos mayores. Por lo tanto, la presente investigación contribuirá al saber científico y, finalmente, los resultados del estudio podrían: 1) aportar información que permita caracterizar y comprender la discriminación por edad dirigida a los adultos mayores, así como los efectos o relación con la salud mental de este grupo etario, 2) conducir a futuras formas de prevención y erradicación del edadismo y los efectos adversos que provoca en la salud mental de los adultos mayores, 3) conocer el efecto de la edad subjetiva en la discriminación por edad percibida, de ser favorable, como se ha mencionado en estudios, esta variable podría conducir a factores que ayuden a mediar la discriminación. De tal manera que, no basta con conocer las estadísticas, sino también los factores que crean un problema, generar estrategias de tratamiento y prevención para las generaciones próximas a pertenecer a este grupo etario.

### **3.4 Objetivos**

#### **3.4.1 General**

El objetivo de este estudio es examinar la relación del viejismo (prejuicio, estereotipos, discriminación), el estrés, ansiedad y depresión usando un análisis de trayectoria (path analysis) en personas mayores del Estado de México.

Un segundo objetivo es identificar la función mediadora de los componentes del viejismo en su relación con el estrés, ansiedad y depresión.

#### **3.4.2 Específicos**

1. Examinar las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tiempo de relación con pareja, número de hijos y nivel educativo).
2. Medir los tres componentes de las actitudes viejistas: 1) componente cognitivo (estereotipos), 2) componente afectivo-emocional (prejuicios) y 3) componente conductual (discriminación) en personas mayores del Estado de México.
3. Medir la sintomatología de: 1) depresión, 2) ansiedad y 3) estrés.
4. Examinar las correlaciones bivariadas entre las variables de estudio.

### **3.5 Hipótesis**

Ho: Los componentes del viejismo (estereotipos, prejuicios y discriminación) no tendrán una relación estadísticamente significativa en la presencia del estrés, ansiedad y depresión.

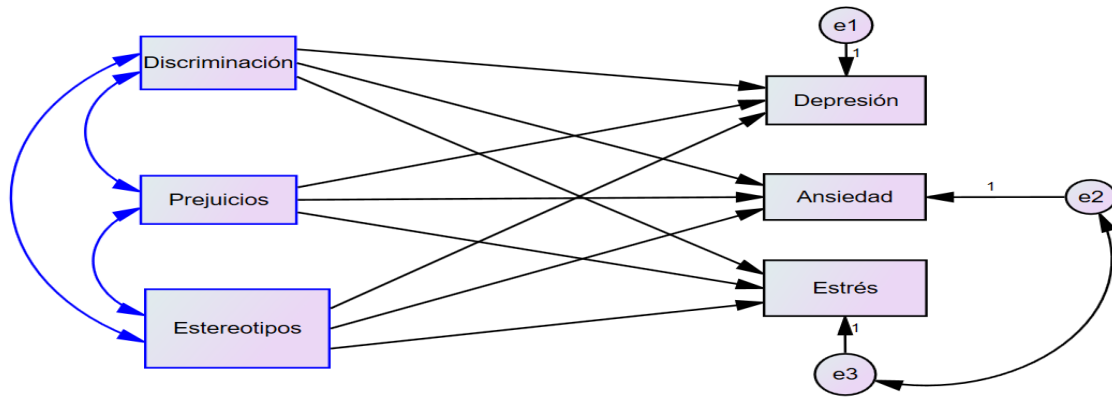
Ha: Los componentes del viejismo (estereotipos, prejuicios y discriminación) tendrán una relación estadísticamente significativa en la presencia del estrés, ansiedad y depresión.

Ho. Alguno de los componentes del viejismo podrá tener una función mediadora en la relación con el estrés, ansiedad y depresión.

Ha. No habrá una función mediadora en los modelos propuestos.

**Figura 1.**

*Modelo de Path Analysis propuesto.*



*Nota.* Elaboración propia

## **Capítulo 4. Marco metodológico**

### **4.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación**

Estudio de tipo cuantitativo, ya que por medio del uso de la estadística se permitirá la relación entre variables, la cuantificación de estas y finalmente, la comprobación de las hipótesis planteadas. El alcance será correlacional, debido a que se pretende determinar el grado de relación que pueda existir entre las variables predictoras, y las variables de criterio (Hernández Sampieri et al., 2014). Además, se pretende explicar la relación o asociación entre esas variables a través de un análisis de trayectoria. Por otro lado, el diseño de una investigación puede definirse como el plan o la estrategia para poder llevar a cabo un trabajo científico (Moysén & Villaveces, 2023). En ese sentido, al no manipular las variables de estudio dada su naturaleza, el diseño de la presente investigación es no experimental, es así como los participantes no son asignados aleatoriamente, es decir, que es un muestreo no probabilístico. Asimismo, es un estudio de diseño transversal, debido a que se recolectarán los datos en un solo momento para describir y analizar la relación entre variables (Hernández Sampieri et al., 2014).

### **4.2 Ubicación de la investigación**

La población se conformó por los integrantes de las casas de día del adulto mayor, tanto del municipio de Hueyoxtla, Apaxco, Tequiquiac y Ecatepec, estado de México.

### **4.3 Muestra**

En las muestras no probabilísticas, la elección de los participantes tiene que ver con causas relacionadas con las características de la investigación, o los objetivos del investigador (Hernández Sampieri et al., 2014). En este sentido, la muestra estuvo constituida por un total de 204 personas mayores del Estado de México, considerando los siguientes criterios:

#### **4.4. Inclusión**

Los participantes que firmen el consentimiento informado serán los adultos mayores que pertenezcan a la casa de día del adulto mayor en Hueyoxtla, Tequixquiac, Apaxco y Ecatepec. Asimismo, que tengan entre 60 y 85 años, que puedan leer y escuchar.

#### **4.5 Exclusión:**

Personas adultas mayores con un rango de edad de 60 a 85 años que padezcan alguna enfermedad terminal, o que padezcan algún deterioro cognitivo. Además, personas que no den su consentimiento o estén fuera del rango de edad.

#### **4.6 Eliminación**

Participantes que abandonen el estudio y participantes que respondan de manera incompleta los instrumentos de medición.

#### **4.5 Etapa de gestión**

Para el desarrollo de la presente investigación, se solicitó el acceso a diferentes grupos ubicados en los siguientes municipios del estado de México: Apaxco, Tequixquiac, Hueyoxtla y Ecatepec. Primero, se acudió a un grupo de Santa María Apaxco, Tequixquiac y al municipio de Hueyoxtla, en estos espacios no se requirió entregar un oficio para especificar las actividades y solicitar el permiso. Posteriormente, se acudió a las oficinas centrales del Sistema Nacional de Desarrollo Integral (DIF) ubicado en San Cristóbal, Ecatepec, Estado de México, para contactar a las autoridades responsables. Se realizó la petición del acceso a las casas de día del adulto mayor correspondientes a la zona de Ecatepec obteniéndose como resultado el acceso a las casas de día de Parque Residencial Coacalco, Ciudad Azteca y Granjas Valle de Guadalupe. Posteriormente, se realizó la invitación a los integrantes de las casas de día y de los grupos de reunión para participar en la investigación tomando en cuenta aspectos bioéticos haciéndoles conocer los objetivos de la investigación. A las personas que accedieron a participar y cumplieron con los criterios de

inclusión para la investigación se les entregó la carta de consentimiento informado por escrito a cada participante y se les pidió que la firmaran. Finalmente, se aplicaron los instrumentos de manera presencial, se tomó en cuenta a los participantes que no sabían leer para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos en forma de entrevista. Los participantes respondieron los instrumentos en horarios y espacios establecidos por las casas de día del adulto mayor de Ecatepec, y los participantes del municipio de Tequixquiac, Hueypoxtla y Tequixquiac del Estado de México.

#### **4.6 Etapa de recopilación de la información**

Primero, se midieron los tres componentes de las actitudes viejistas: 1) componente cognitivo (estereotipos). La presencia de estereotipos percibidos por los adultos mayores del Estado de México de la presente investigación se midió de manera operacional con los cuestionarios (AE: Kilty y Feld, 1976; AN-PP: Morgan & Bengtson, 1976, como se cita en Castellano & de Miguel, 2010), utilizando la versión realizada por Castellano & de Miguel (2010), la cual se ha descrito en el apartado de instrumentos. 2) el componente afectivo-emocional (prejuicios) se midió con: La escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV; de Miguel & Castellano, 2012) y finalmente 3) el componente conductual (discriminación) se midió de manera operacional con el cuestionario (CONDUC-ENV; Castellano & de Miguel, 2011), el cual se ha descrito en el apartado de instrumentos.

Asimismo, se midió la sintomatología de: 1) depresión, 2) ansiedad y 3) estrés en personas mayores de los municipios de: Tequixquiac, Apaxco, Hueypoxtla y Ecatepec del Estado de México. La sintomatología de la depresión, ansiedad y estrés se midió de manera operacional con la escala de Depresión Ansiedad Estrés (DASS, por sus siglas en inglés; Lovibond & Lovibond, 1995), la cual se ha descrito en el apartado de instrumentos. Además, se examinaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tiempo de relación con pareja, con quién vive, número de hijos, nivel educativo, zona rural o urbana). Finalmente, se compararon los componentes del

vejismo, los niveles de sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, considerando la edad subjetiva y los datos sociodemográficos.

## **4.7 Instrumentos**

### **4.7.1 *Depression Anxiety Stress Scale***

La escala de Depresión Ansiedad Estrés (DASS, por sus siglas en inglés; Lovibond & Lovibond, 1995), es una escala de autoinforme, diseñada para medir la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. Se compone de tres subescalas de 14 ítems cada una, resultando un total de 42 ítems con puntuación tipo Likert de cuatro puntos, en donde: 0) no aplica en mí en lo absoluto, 1) Aplica en mí en cierta medida, o algunas veces, 2) Aplica en mí en una medida considerable, o buena parte del tiempo y 3) Aplica en mí bastante, o la mayoría de las veces. Este instrumento tiene una alta consistencia interna en cada subescala,  $\alpha = .93$  en depresión,  $\alpha = .89$  en ansiedad y  $\alpha = .92$  en estrés), el coeficiente de Cronbach fue de .96 para la escala DASS-42. Para esta investigación se utilizará la versión en español propuesta por Bados et al. (2005), la cual cuenta con una consistencia interna aceptable, utilizando el  $\alpha$  de Cronbach se obtuvieron los siguientes valores en la adaptación, para las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés: .92, .84 y .91 respectivamente

### **4.7.2 *Cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento***

El cuestionario Conductas Discriminatoria hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV; Castellano & De Miguel, 2011), es un instrumento diseñado para evaluar situaciones de la vida cotidiana, en donde se pueden manifestar conductas discriminatorias hacia la población de personas mayores. Los ámbitos en los que evalúa la presencia de discriminación percibida son: el ámbito sanitario, actividades de la vida cotidiana, interacción familiar, interacción social y ámbito personal. Se compone de 31 ítems. Su puntuación de respuesta es tipo Likert que va de nunca a siempre. El país de origen es España, ha sido aplicado y diseñado para la población de adultos

mayores. Este instrumento tiene una alta consistencia interna, el coeficiente de Cronbach fue de .84 para la escala CONDUC-ENV.

#### ***4.7.3 Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el envejecimiento***

La escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV; de Miguel & Castellano, 2012), es una escala de diferencial semántico, diseñada para medir el componente afectivo- emocional de las actitudes viejistas. Se compone de 43 reactivos con adjetivos bipolares. Su puntuación es tipo Likert, que va de 1 a 7. El país de origen es España, ha sido aplicado y diseñado para la población de adultos mayores. Este instrumento tiene una alta consistencia interna, el coeficiente de Cronbach fue de .86 para la escala PREJENV.

#### ***4.7.4 Cuestionario de Actitudes hacia el Envejecimiento***

El cuestionario de Actitudes hacia el Envejecimiento (AE; Kilty y Feld, 1976), es un cuestionario diseñado para medir el componente cognitivo de las actitudes viejistas. Se compone de 45 ítems. Su puntuación es tipo Likert y va de 0 a 4, en donde: 0) Totalmente en desacuerdo, 1) Ligeramente en desacuerdo, 2) Ligeramente de acuerdo y 3) Totalmente de acuerdo. El país de origen es España, ha sido aplicado y diseñado para población que pertenezca a la vejez. Para la investigación se utilizará la adaptación española del cuestionario Actitudes hacia el Envejecimiento realizada por de Miguel (2006). El coeficiente de Cronbach en esta adaptación fue de .63 para el cuestionario AE.

### **4.8 Proceso de análisis y presentación de los datos**

#### ***4.8.1 Proceso de análisis de los datos***

Después de haber aplicado los instrumentos se utilizaron los programas SPSS (versión28) y AMOS (versión 28) para la concentración de los datos recabados y así poder realizar el análisis estadístico que permita interpretar los resultados y dar respuesta a la pregunta de investigación. Posterior al análisis de correlaciones bivariadas, se realizó una serie de análisis de trayectorias con

el objetivo de analizar las relaciones entre estereotipos, prejuicios, discriminación, estrés, ansiedad y depresión en personas mayores del Estado de México. Con relación al path analysis, también conocido como análisis de trayectoria, se entiende como el conjunto de guías para interpretar las relaciones entre variables. Este análisis se considera una extensión del análisis de correlación y regresión. Por lo tanto, su alcance es correlacional (Batista & Coenders, 2000). Para ilustrar el análisis de trayectoria se utilizan diagramas que representan la adecuación de las variables y su relación con un modelo teórico. En este contexto, se busca comprobar la hipótesis planteada, por lo que existen variables medidas, también mencionadas como variables observadas o manifiestas y se representan dentro del diagrama en rectángulos. Los factores que se refieren a las variables latentes o que no son observables, se representan dentro del diagrama con un ovalo. Por último, las relaciones entre variables que son direccionales se representan con una flecha que apunta a un solo lado, mientras que las relaciones no direccionales se representan con una flecha que apunta a dos variables (Pérez et al., 2013). Con el programa estadístico AMOS se estiman los parámetros del modelo planteado valiéndose del método de máxima verosimilitud Este método estadístico busca que los parámetros obtenidos en la muestra de estudio sean lo más similar posible a los parámetros reales de la población (Arbuckle, 2003 como se cita en Pérez et al., (2013).

#### ***4.8.2 Detección de datos atípicos***

Al llevar a cabo el análisis de los modelos de trayectoria, el programa AMOS identificó los datos atípicos que tenían los datos recolectados. El programa señaló un total de 22 casos atípicos, los cuales fueron eliminados.

#### **4.9 Consideraciones éticas de la presente investigación**

La presente investigación se apegó a los principios éticos existentes, tanto a nivel Nacional como Internacional con la finalidad de preservar en todo momento la integridad de cada uno de los participantes. Es así que, en apego al Código de Nuremberg, generado entre 1945 y 1946, se

retoma la importancia de aportar beneficios a la sociedad, de tal modo que los resultados obtenidos permitirán la comprensión de las prácticas viejistas y sus repercusiones a la salud de las personas mayores del Estado de México, y posteriormente, se podrán implementar los mecanismos necesarios para mitigar la discriminación por edad, asimismo, se darán a conocer los posibles riesgos y beneficios de la investigación y se evitará el daño a los participantes durante el proceso de la investigación.

La Declaración de Helsinki, publicada en 1964, retoma los 10 principios del Código de Nuremberg, y hace énfasis en el respeto por el individuo, lo que implica su derecho a tomar decisiones. Ante todo, se darán a conocer a los participantes los posibles riesgos, los cuales se han valorado como mínimos, debido a que únicamente se aplicarán instrumentos en papel y lápiz. En cuanto a los beneficios, se les hará saber a los participantes que la presente investigación tiene por objetivo brindar informan veraz, y útil al campo científico, aportando, a su vez, un valor social. De tal modo que los beneficios de la investigación no serán de manera directa, por lo tanto, no se otorgará remuneración de ningún tipo. Sin embargo, en un primer momento, se dialogará con la institución correspondiente para obtener acceso a los participantes, y acordar una serie de actividades que retribuyan la colaboración y que al mismo tiempo cubran alguna necesidad que presente la comunidad de los participantes. Acto seguido, se les presentará el documento del consentimiento informado. En relación con este, los participantes de la investigación será personas con capacidad de dar consentimiento informado, esto según las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2017). El consentimiento informado y los guiones para las explicaciones se diseñaron considerando: cultura, lenguaje, contexto y el nivel cognitivo de los participantes. También se consideraron los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento

de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud que contempla el consentimiento informado. Además, la investigación se desarrolló conforme a las bases que establece el artículo 100 de la Ley General de Salud, la cual contempla la investigación con seres humanos. Reafirmando que se llevará a cabo sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios a los participantes y que el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si existe riesgo durante la investigación. Este proyecto se ha sometido a un Comité de Ética del C.U. UAEM- Nezahualcóyotl, de la Universidad Autónoma del Estado de México, para la evaluación y aprobación, el número de aprobación es: CEIN/2024/055

## **Capítulo 5. Resultados**

Con el propósito de analizar el primer objetivo específico de esta investigación, examinar las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tiempo de relación con pareja, número de hijos y nivel educativo), a continuación, se detalla la información que correspondiente a los estadísticos descriptivos de la muestra.

### **5.1 Descripción de la muestra**

Como se puede observar en la tabla 2, la muestra estuvo compuesta por 205 personas mayores del Estado de México, la edad de los participantes promedió en 70.46 años, y predominaron las mujeres con un 84%. Los estados civiles, tanto casado como viudo sobresalieron 43% y 39% respectivamente. En lo que al número de años de vivir con pareja que los participantes reportaron refiere, destacaron los de 31 a 40 años con 22% y de 41 a 50 años con el 37%. Finalmente, la escolaridad que reportaron los participantes indica que el nivel básico sobresalió con un 51%, seguido del nivel medio con un 53%.

**Tabla 2***Porcentajes, promedios y desviaciones estándar para las variables sociodemográficas.*

Variable		%	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad			70.46	6.47
Sexo	Mujer ( <i>n</i> = 172)	84		
	Hombre ( <i>n</i> = 33)	16		
Estado civil	Soltero (a) ( <i>n</i> = 18)	9		
	Casado (a) ( <i>n</i> = 88)	43		
	Divorciado/separado (a) ( <i>n</i> = 19)	9		
	Viudo (a) ( <i>n</i> = 80)	39		
Escolaridad	Básica ( <i>n</i> = 104)	51		
	Medio ( <i>n</i> = 53)	26		
	Superior ( <i>n</i> = 41)	20		
	Posgrado ( <i>n</i> = 7)	3		
Años de vivir en pareja	0 ( <i>n</i> = 16)	8		
	1 a 10 ( <i>n</i> = 8)	4		
	11 a 20 ( <i>n</i> = 11)	5		
	21 a 30 ( <i>n</i> = 14)	7		
	31 a 40 ( <i>n</i> = 46)	22		
	41 a 50 ( <i>n</i> = 76)	37		
	51 a 60 ( <i>n</i> = 33)	16		
	61 a 70 ( <i>n</i> = 1)	0		
Número de hijos	0 ( <i>n</i> = 6)	3		
	1 ( <i>n</i> = 16)	8		
	2 ( <i>n</i> = 47)	23		
	3 ( <i>n</i> = 53)	26		
	4 ( <i>n</i> = 36)	18		
	5 ( <i>n</i> = 20)	10		
	6 ( <i>n</i> = 13)	6		
	7 ( <i>n</i> = 6)	3		
	8 ( <i>n</i> = 4)	2		
	10 ( <i>n</i> = 3)	1		
	11 ( <i>n</i> = 1)	0		

---

Nota. *M* = media, *DE* = desviación estándar.

### Medición de los tres componentes de las actitudes viejistas

Posteriormente, y para llevar a cabo el segundo objetivo específico, se midieron los tres componentes de las actitudes viejistas: 1) componente cognitivo (estereotipos), 2) componente afectivo-emocional (prejuicios) y 3) componente conductual (discriminación) en personas mayores del Estado de México. En ese sentido, la presencia de estereotipos percibidos por los adultos mayores en la presente investigación será medida de manera operacional con los cuestionarios (AE: Kilty & Feld, 1976) utilizando la versión realizada por Castellano & de Miguel, (2010). Asimismo, la presencia de prejuicios percibidos por los participantes se midió con la escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV; de Miguel & Castellano, 2012). Finalmente, la presencia de discriminación percibida por los adultos mayores en la presente investigación será medida de manera operacional con el cuestionario (CONDUC-ENV; Castellano & de Miguel, 2011). Las tres pruebas citadas han sido descritas en el apartado de instrumentos. En la Tabla 3 se muestran los datos descriptivos de los estereotipos, prejuicios y discriminación.

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos de estereotipos, prejuicios y discriminación*

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DE</i></b>	<b>Curtosis</b>	<b>Asimetría</b>
Estereotipos	16	60	41.80	8.80	-.104	-.426
Prejuicios	52	122	71.03	20.79	-.428	1.039
Discriminación	7	56	19.77	12.72		

Nota. *M* = media, *DE* = desviación estándar

## Medición de la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés

El tercer objetivo implicó la medición de la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. Las tres variables se midieron con la escala de Depresión Ansiedad Estrés (DASS, por sus siglas en inglés; Lovibond & Lovibond, 1995). La Tabla 4 muestra los datos descriptivos correspondientes a las variables de ansiedad, estrés y depresión.

**Tabla 4**

### *Estadísticos descriptivos de ansiedad, estrés y depresión*

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DE</i>	Curtosis	Asimetría
Ansiedad	0	23	4.65	4.79	.947	1.169
Estrés	0	27	5.99	5.56	.306	.908
Depresión	0	23	3.97	4.96	2.369	1.586

Nota. *M* = media, *DE* = desviación estándar

## Análisis de correlación

Cumpliendo con los criterios establecidos para una prueba paramétrica y con la finalidad de examinar el cuarto objetivo específico, se aplicó la prueba *r* de Pearson, además se calculó el nivel de significancia (Ver tabla 5). Los resultados muestran una correlación con una dirección positiva y estadísticamente significativa ( $r = .668^{**}$ ,  $p < 0.01$ ) entre el componente de discriminación y los prejuicios por edad. Esto indica que, a medida que una persona mayor percibe más conductas discriminatorias por su edad, las cuales tienen lugar en diversos ámbitos como la asistencia sanitaria, actividades de la vida diaria, interacción con la familia, la sociedad y en el ámbito personal, se incrementan los prejuicios negativos relacionados a la vejez y el envejecimiento. Con una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .182^*$ ,  $p < 0.05$ ) se identificó una relación entre las conductas discriminatorias percibidas y la autopercepción de los estereotipos por edad, ello indica la presencia de creencias negativas en forma de estereotipos

con relación a la vejez y el envejecimiento junto a la percepción de conductas discriminatorias por motivos de edad en personas mayores. Por otra parte, la correlación entre discriminación y depresión es también positiva y estadísticamente significativa ( $r = .738^{**}, p < 0.01$ ) refiriendo que cuando una persona mayor percibe discriminación por razones de edad, presenta también sintomatología de depresión. Con lo que a la discriminación y la ansiedad refiere, la correlación es positiva y estadísticamente significativa ( $r = .711^{**}, p < 0.01$ ), lo que permite explicar que cuando una persona mayor percibe dichas conductas de exclusión por razones de edad, presenta también sintomatología de ansiedad, siendo esta correlación la que mayor magnitud presenta según el coeficiente  $r$ . En seguida, la correlación que tiene la discriminación con el estrés resulta igualmente positiva y estadísticamente significativa ( $r = .735^{**}, p < 0.01$ ) dejando ver que las conductas discriminatorias percibidas por las personas mayores por razones de edad influyen en los niveles de estrés reportados por los participantes. A su vez, la correlación entre prejuicios y depresión resultó igualmente positiva y estadísticamente significativa ( $r = .853^{**}, p < 0.01$ ), permitiendo explicar que cuando una persona mayor presenta un componente emocional negativo en relación con la vejez y el envejecimiento, reporta también sintomatología depresiva. Asimismo, con un coeficiente positivo y estadísticamente significativo ( $r = .671^{**}, p < 0.01$ ), los prejuicios y la ansiedad indican que esta tendencia a presentar una serie de prejuicios negativos con relación a la vejez y el envejecimiento también influyen en la sintomatología de la ansiedad en personas mayores. Finalmente, la correlación entre prejuicios y estrés resulta también positiva y estadísticamente significativa ( $r = .673^{**}, p < 0.01$ ), dejando ver que, las emociones y/o sentimientos negativos relacionados a la vejez y el envejecimiento tiene un impacto en la presencia de sintomatología de estrés reportados por los participantes. Por otra parte, la correlación con una fuerza menor, aunque positiva y estadísticamente significativa se presenta entre los estereotipos y

la depresión ( $r = .162^*$ ,  $p < 0.05$ ), de tal manera que cuando una persona mayor percibe estereotipos relacionados con la vejez y el envejecimiento, reporta también sintomatología de depresión. Lo mismo ocurre con la ansiedad, mostrando una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .187^*$ ,  $p < 0.05$ ), lo que indica cómo los estereotipos relacionados a la vejez y el envejecimiento se acompañan de sintomatología de ansiedad. Finalmente, la correlación entre estereotipos y estrés, aun cuando resulta con la fuerza más baja, deja ver la correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .160^*$ ,  $p < 0.05$ ) que existe entre estas dos variables, permitiendo interpretar que cuando una persona presenta estereotipos asociados a la vejez y el envejecimiento, reporta también sintomatología del estrés.

Con respecto a las asociaciones entre los tres trastornos estudiados en esta investigación, una de las correlaciones que muestra una mayor fuerza se da entre depresión y ansiedad, siendo esta una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .768^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo que indica que cuando una persona presenta sintomatología de depresión, es decir cuando una persona mayor reporta sentirse afligido, desanimado, también reporta sintomatología de ansiedad, como dificultad para respirar, sensación de inestabilidad, sudoración entre otras. A su vez, la correlación entre depresión y estrés es igualmente positiva y estadísticamente significativa ( $r = .797^{**}$ ,  $p < 0.01$ ) lo que nos permite explicar que cuando una persona mayor presenta sintomatología de depresión, se acompaña también, de sintomatología del estrés. Para finalizar, la correlación que presenta la mayor magnitud se da entre la ansiedad y el estrés, mostrando una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r = .849^{**}$ ,  $p < 0.01$ ) esto indica que cuando una persona mayor presenta síntomas de ansiedad, suele presentarse junto a la sintomatología del estrés, por ejemplo, irritabilidad, impaciencia y dificultad para relajarse.

## **Tabla 5**

*Correlación de todas las variables (n =182)*

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Discriminación	-						
2. Prejuicios	.668**	-					
3. Estereotipos	.182*	.144	-				
4. Depresión	.738**	.853**	.162*	-			
5. Ansiedad	.711**	.671**	.187*	.768**	-		
6. Estrés	.735**	.673**	.160*	.797**	.849**	-	
7. Total DASS	.780**	.783**	.181*	.915**	.932**	.950**	-

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

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

**Path analysis (análisis de trayectoria)**

Posterior al análisis de correlaciones bivariadas y con la finalidad de analizar el objetivo general de esta investigación, se realizó una serie de análisis de trayectoria utilizando el programa AMOS (versión 28) con el objetivo de examinar los efectos del vejeísmo (prejuicio, estereotipos, discriminación) en el estrés, ansiedad y depresión usando un análisis de trayectoria (path analysis) en personas mayores.

Los datos se evaluaron incluyendo una muestra de 182 personas mayores. Se construyeron tres modelos, los cuales fueron evaluados por medio de los siguientes índices de ajuste (ver tabla 6). Adicionalmente, en los tres modelos se evaluó la prueba Chi-cuadrado debido a que un valor no significativo en la prueba Chi-cuadrado sugiere que un modelo ajusta los datos de forma apropiada (Kline, 2005). A continuación, se presentan los estadísticos de bondad de ajuste de los tres modelos (Ver tabla 7).

**Tabla 6***Estadísticos de bondad de ajuste y criterios de referencia*

Estadístico	Abreviatura	Criterio
<i>Ajuste absoluto</i>		
Chi-cuadrado	$\chi^2$	Significación >.05
Razón Chi-cuadrado/grados de libertad	$\chi^2/\text{gl}$	<3
Índice de bondad de ajuste	GFI	$\geq .95$
Índice de bondad de ajuste corregido	AGFI	$\geq .95$
Raíz del residuo cuadrático medio	RMR	Próximo a 0
Raíz cuadrática media del error de aproximación	RMSEA	< .05
<i>Ajuste comparativo</i>		
Índice de ajuste comparativo	CFI $\geq$	$\geq .95$
Índice de Tucker-Lewis	TLI	$\geq .95$
Índice de ajuste normalizado	NFI	$\geq .95$
<i>Ajuste parsimonioso</i>		
Corregido por parsimonia	PNFI	Próximo a 1

Nota. Elaboración propia

**Tabla 7***Estadísticos de ajuste para el modelo base y los modelos alternativos*

Modelo	gl	$\chi^2$	p	GFI	RMR	RMSEA	CFI	TLI	NFI
1: Modelo base	2	45.4	.000	.931	1.011	.346	.948	.608	.946
2: Efectos de Discriminación y Prejuicios	2	45.6	.000	.918	1.200	.347	.947	.737	.946
3: Efectos en Depresión y Ansiedad	1	28.0	.000	.933	.870	.386	.952	.709	.950

Nota. Elaboración propia

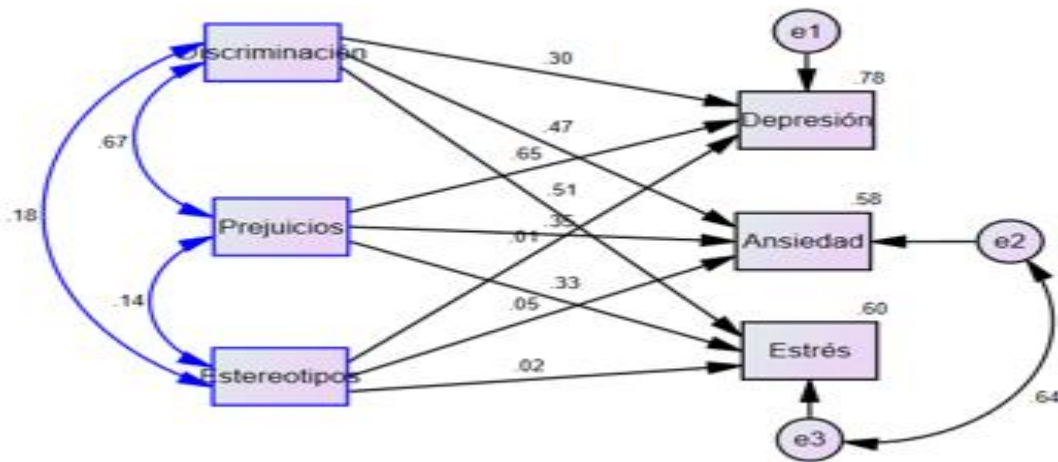
**Modelo base**

Los resultados del análisis de trayectoria para el primer modelo indicaron evidencias mezcladas de un buen ajuste. Aunque los resultados del modelo Chi-cuadrado, no fueron apropiados, los índices CFI y NFI mostraron un ajuste adecuado. Las trayectorias de este modelo explicaron el 61% de la varianza en la depresión, el 35% de la varianza en la ansiedad y el 36% de la varianza en el estrés (ver figura 2). Con respecto a las trayectorias directas, los resultados mostraron que la discriminación se relacionó significativamente con la depresión ( $\beta = .30, p < .05$ ). Posteriormente, la relación que mostró la trayectoria directa entre discriminación y ansiedad resultó estadísticamente significativa ( $\beta = .47, p < .05$ ). La discriminación y el estrés mostraron igualmente una relación directa y estadísticamente significativa ( $\beta = .51, p < .05$ ). Por otro lado, la trayectoria directa entre los prejuicios y la depresión mostró una relación estadísticamente significativa ( $\beta = .65, p < .05$ ).

Asimismo, los resultados del modelo base de trayectorias mostraron que los prejuicios en relación con la vejez y el envejecimiento tiene una influencia directa y estadísticamente significativa sobre la depresión, la ansiedad y el estrés en personas mayores del Estado de México, con efectos de ( $\beta = .65, p < .05$ ,  $\beta = .35, p < .05$  y  $\beta = .33, p < .05$ ), respectivamente. Finalmente, la relación con efectos más bajos del modelo base resultó de la trayectoria ejercida por parte de los estereotipos hacia la vejez y el envejecimiento sobre la depresión, ansiedad y estrés ( $\beta = .01, p < .05$ ,  $\beta = .05, p < .05$ , y  $\beta = .02, p < .05$ ), respectivamente.

**Figura 2**

*Modelo base de análisis de trayectorias*



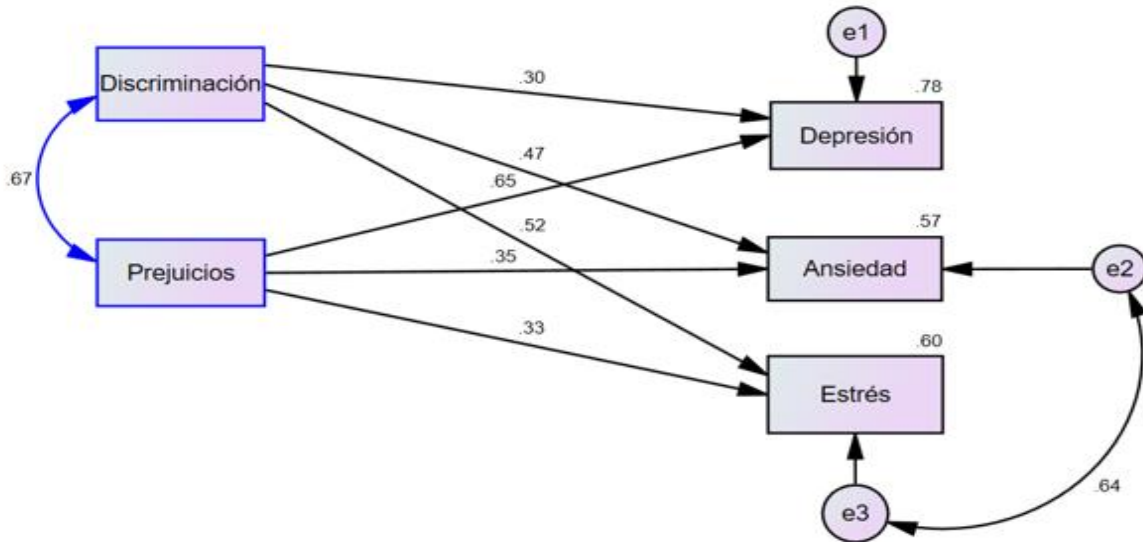
*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo las puntuaciones totales del modelo base mostrando las trayectorias estandarizadas.

### **Efectos de discriminación y prejuicios.**

Con la finalidad de comparar el modelo base con otros modelos, se crearon dos modelos más. Para el segundo modelo se analizó la trayectoria de la discriminación y prejuicios en relación con la depresión, ansiedad y estrés en personas mayores. Los resultados del análisis de trayectoria indican que el modelo se ajusta bien a los datos, pues, aunque no se reportó una prueba  $\chi^2$  significativa, los índices CFI y NFI mostraron un ajuste adecuado (ver figura 3). En este modelo, las trayectorias explicaron el 61% de la varianza en la depresión, el 32% de la varianza en la ansiedad y el 36% de la varianza en el estrés. En cuanto a las trayectorias directas, se indica que la discriminación como variable exógena, o independiente, tiene una influencia directa y estadísticamente significativa sobre la depresión, la ansiedad y el estrés en personas mayores ( $\beta = .30, p < .05$ ,  $\beta = .47, p < .05$ , y  $\beta = .52, p < .05$ ), respectivamente. El último análisis de trayectoria de este modelo es estadísticamente significativo siendo los prejuicios por motivos de edad sobre la depresión la trayectoria con el mayor efecto sobre la depresión ( $\beta = .65, p < .05$ ). En cuanto a la ansiedad, se mostró un efecto de  $\beta = .35, p < .05$  y en cuanto al estrés de  $\beta = .33, p < .05$ . Por lo tanto, las personas mayores que perciben prejuicios por motivos de edad presentan sintomatología de depresión ansiedad y estrés.

**Figura 3**

*Modelo de análisis de trayectorias con efectos de discriminación y prejuicios sobre la depresión, ansiedad y estrés*



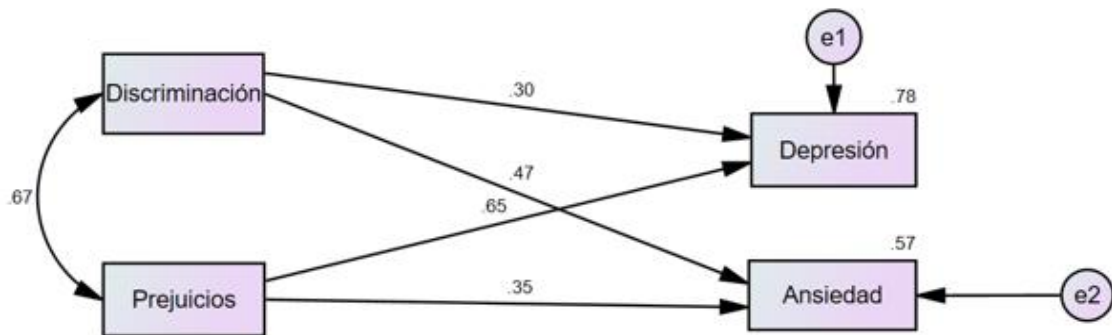
*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo las puntuaciones totales del modelo de efectos de discriminación y prejuicios sobre la depresión, ansiedad y estrés mostrando las trayectorias estandarizadas.

### Efectos en depresión y ansiedad

El último modelo, contempla únicamente la discriminación y los prejuicios como variables exógenas y la depresión y ansiedad como variables endógenas o dependientes. Los resultados del análisis de trayectoria indican que el modelo se ajusta bien a los datos, pues, aunque no se reportó una prueba  $\chi^2$  significativa, los índices CFI y NFI mostraron un ajuste adecuado (ver figura 4). Al igual que el modelo anterior, las trayectorias explicaron el 61% de la varianza en la depresión, el 32% de la varianza en la ansiedad. Respecto a las trayectorias, los resultados indican un efecto directo y estadísticamente significativo en la discriminación sobre la depresión y la ansiedad ( $\beta = .30, p < .05$  y  $\beta = .47, p < .05$ ) respectivamente. Por último, la influencia que mostraron los prejuicios sobre la depresión y ansiedad resultó con un efecto directo y estadísticamente significativo ( $\beta = .65, p < .05$  y  $\beta = .35, p < .05$ )

**Figura 4**

*Modelo de análisis de trayectorias con efectos en depresión y ansiedad*



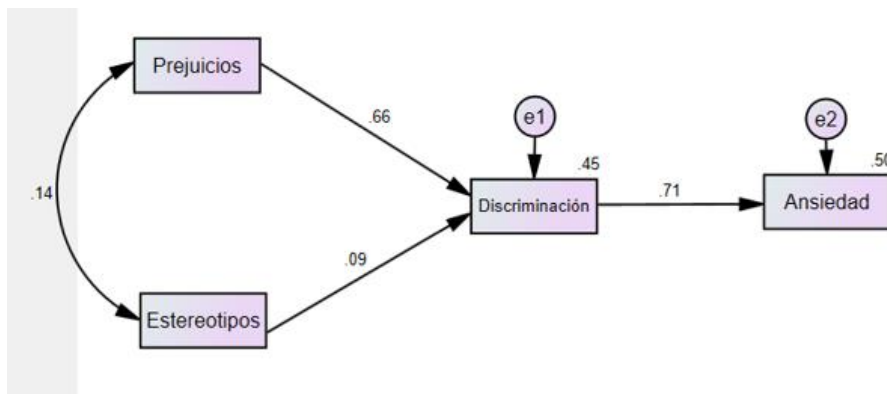
*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo las puntuaciones totales del modelo de efectos en depresión y ansiedad mostrando las trayectorias estandarizadas

## Análisis de los efectos de mediación

Posterior al análisis de los efectos directos entre las variables exógenas y endógenas, se llevaron a cabo diversos análisis para examinar la posible función mediadora de los componentes del vejestimo. En el análisis de trayectoria, el efecto de mediación puede ser comprobado mediante el efecto indirecto calculado por medio de los coeficientes de trayectoria involucrados (Mackinnon et al., 2002). Específicamente, el efecto de mediación de la discriminación en la relación entre prejuicios y ansiedad fue significativo (efecto indirecto estandarizado = 0.71,  $p = 0.000$ ; ver Figura 5).

**Figura 5**

*Efecto de mediación de la discriminación*

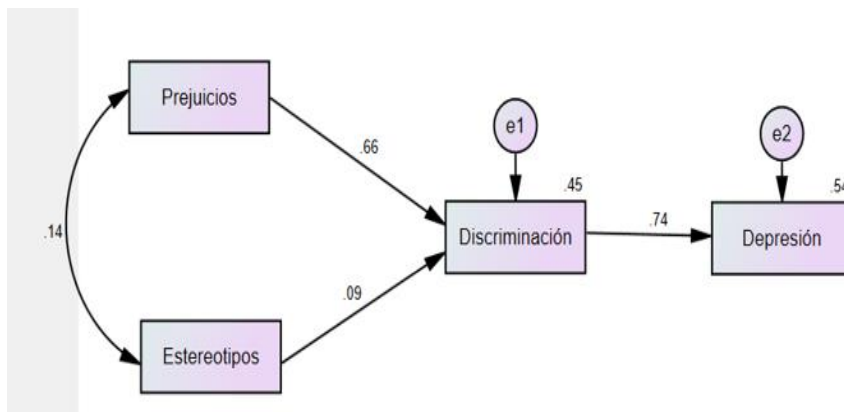


*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo la variable de discriminación como mediadora entre los prejuicios y ansiedad mostrando las trayectorias estandarizadas.

La discriminación también tuvo un efecto mediador significativo en la relación entre prejuicios y depresión (efecto indirecto estandarizado = 0.74,  $p = 0.001$ ; ver Figura 6).

**Figura 6**

*Efecto de mediación de la discriminación*

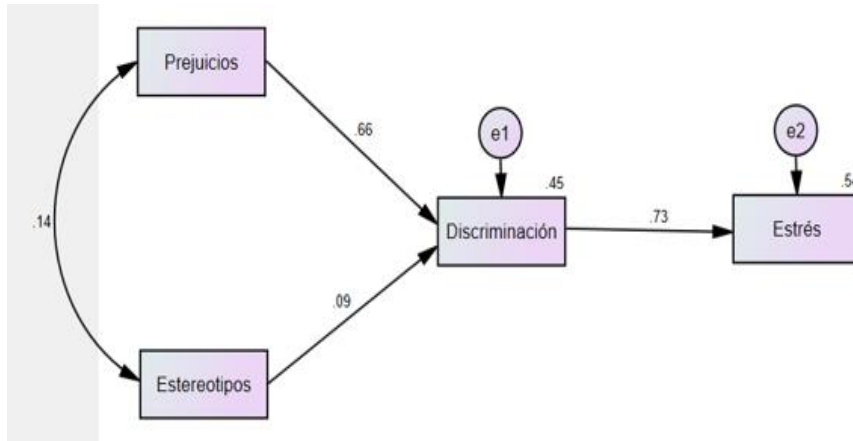


*Nota.* El análisis de trayectorias muestra la variable de discriminación como mediadora entre los prejuicios y depresión mostrando las trayectorias estandarizadas.

Asimismo, la discriminación presentó un efecto mediador significativo en la relación entre prejuicios y estrés (efecto indirecto estandarizado = 0.73,  $p = 0.000$ ; ver Figura 7).

**Figura 7**

*Efecto de mediación de la discriminación*

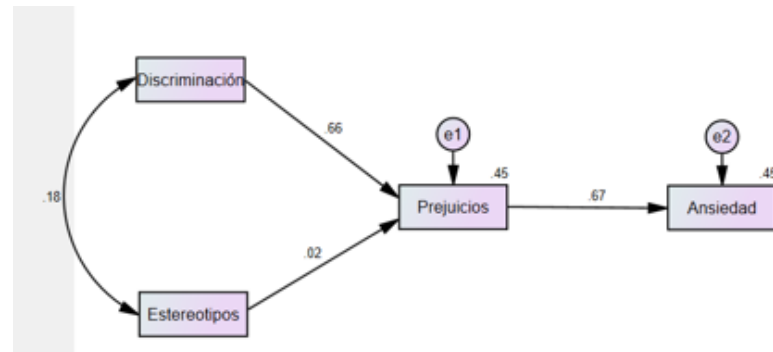


*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo la variable de discriminación como mediadora entre los prejuicios y estrés mostrando las trayectorias estandarizadas.

De la misma manera, los prejuicios también tuvieron un efecto mediador. Específicamente los prejuicios presentaron un efecto mediador significativo en la relación entre discriminación y ansiedad (efecto indirecto estandarizado = 0.67,  $p = 0.000$ ; ver Figura 8).

**Figura 8**

*Efecto de mediación de los prejuicios*

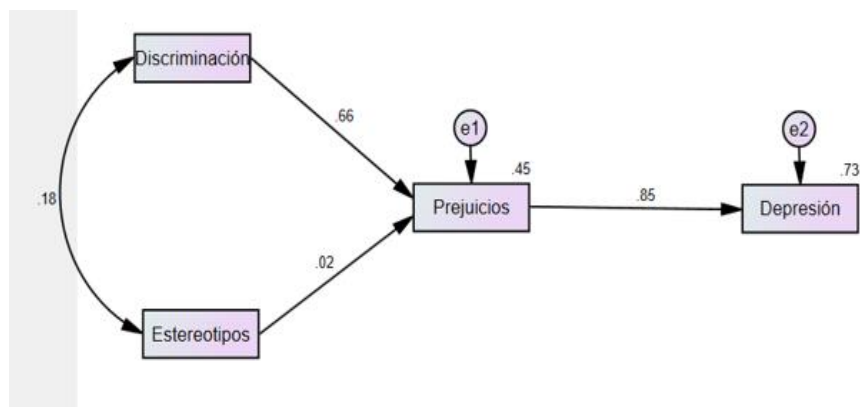


*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo la variable de prejuicios como mediadora entre los prejuicios y ansiedad mostrando las trayectorias estandarizadas.

A la par, los prejuicios presentaron un efecto mediador significativo en la relación entre discriminación y depresión (efecto indirecto estandarizado = 0.85,  $p = 0.000$ ; ver Figura 9).

### Figura 9

*Efecto de mediación de los prejuicios*

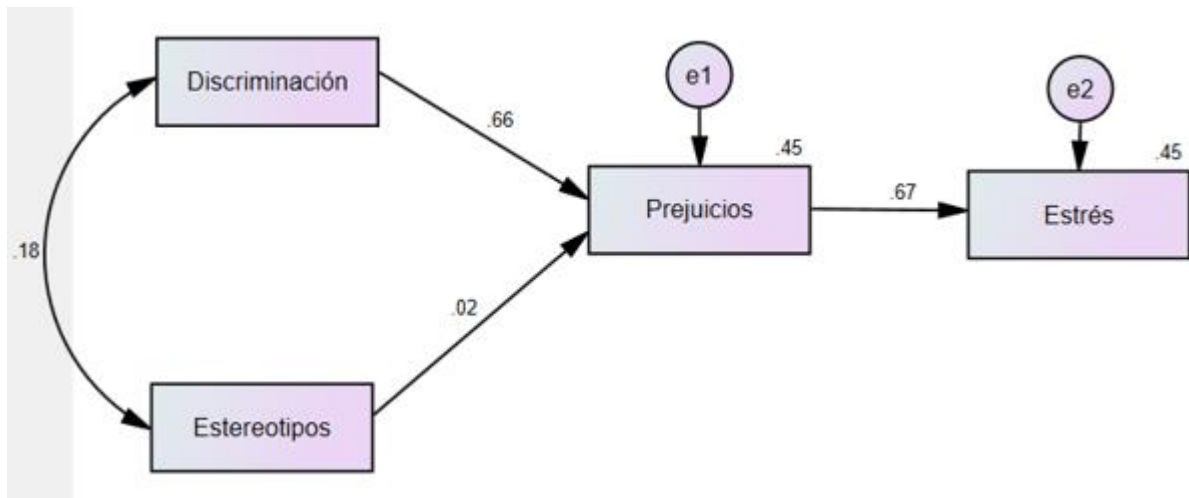


*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo la variable de prejuicios como mediadora entre discriminación y depresión mostrando las trayectorias estandarizadas.

Finalmente, los prejuicios presentaron un efecto mediador significativo en la relación entre discriminación y depresión (efecto indirecto estandarizado = 0.67,  $p = 0.000$ ; ver Figura 10).

**Figura 10**

*Efecto de mediación de los prejuicios*



*Nota.* Modelo de trayectorias incluyendo la variable de prejuicios como mediadora entre discriminación y estrés mostrando las trayectorias estandarizadas.

## Discusión

El viejismo se expresa a manera de creencias y prejuicios negativos que desencadenan una conducta de exclusión hacia las personas mayores por motivos relacionados a la edad (Salvarezza, 1988). Debido a que dicha práctica es considerada sutil (Nelson, 2005), es necesario continuar con investigaciones que contribuyan a explicar la relación que tiene el viejismo percibido con la salud mental en personas mayores. Es así como en el presente estudio se establecieron algunos objetivos en torno a dicha necesidad. El objetivo principal fue examinar los efectos del viejismo (prejuicios, estereotipos y discriminación) sobre el estrés, ansiedad y depresión en personas mayores del Estado de México usando un análisis de trayectoria (path analysis), lo que permitió conocer la relación positiva y estadísticamente significativa entre las variables de interés, dejando ver que el viejismo tiene un efecto negativo en la salud mental de los participantes. Estos resultados presentan similitud con los estudios realizados en países como: China, Australia y Estados Unidos (Chang, 2020; Kim et al., 2016; Lyons et al., 2018).

El modelo original del path analysis integró todas las variables del estudio, y las trayectorias de este modelo explicaron el 61% de la varianza en la depresión, el 35% de la varianza en la ansiedad y el 36% de la varianza en el estrés. Si bien, la variable exógena que mostró mayor relación hacia las variables endógenas fue el prejuicio por edad, paralelamente los estereotipos y la discriminación por edad también mostraron una relación estadísticamente significativa. Los resultados coinciden con los hallazgos reportados por Lyons et al. (2018) quienes encontraron que las percepciones de viejismo estaban fuertemente relacionadas con una peor salud mental en personas mayores de 60 años. De manera que se presentaron síntomas depresivos, síntomas ansiosos y estrés en los participantes. En este estudio realizado en Australia, la depresión representó el 29% de la varianza, la sintomatología de ansiedad el 23% y el 19% de varianza para

el estrés. Específicamente, las percepciones de vejeismo parecían tener un mayor efecto en la sintomatología de depresión en aquellos participantes que eran más jóvenes, y en los hombres más que en las mujeres.

Con respecto a las trayectorias de los componentes del vejeismo y las tres variables endógenas, la discriminación por edad mostró una de las trayectorias más fuertes con los prejuicios negativos por edad, la depresión, ansiedad y estrés en personas mayores del Estado de México. Estos hallazgos respaldan estudios que reportan que el aumento en la percepción de experiencias de discriminación por edad representó ser un predictor estadísticamente significativo de disminución en la salud mental y bienestar psicológico en la población adulta mayor, en específico, la discriminación por edad aumentó los síntomas de depresión, estrés y ansiedad (Kang & Kim, 2022). Específicamente en la trayectoria entre discriminación y estrés, un estudio realizado en Australia por Lyons et al. (2018) mostró que las percepciones de discriminación por edad estaban estrechamente relacionadas con el estrés general. Un aspecto importante para considerar es que, al comparar las asociaciones en personas con diferentes orientaciones sexuales, se observó que los varones heterosexuales mostraron mayores índices de estrés. En el mismo estudio, incluyeron también la variable de ansiedad, mostrando una asociación estadísticamente significativa en ésta con la sintomatología de ansiedad.

Por otra parte, al analizar la asociación entre discriminación y depresión, en el estudio realizado por Shippee et al. (2019) en Estados Unidos, se reportó que las mujeres que experimentaron discriminación por edad presentaron mayores síntomas depresivos en general, pero no después de controlar la presión financiera. Se encontró evidencia de que la discriminación por edad afectó la presión financiera, lo que, a su vez, incrementó los síntomas depresivos en las mujeres. Además, las mujeres que reportaron discriminación por edad tuvieron menor probabilidad

de estar en categorías más altas de satisfacción vital general. Por consiguiente, la presión financiera medió parcialmente la relación, pero la discriminación por edad se mantuvo como un predictor significativo. Para comprender la relación entre la discriminación por edad y la salud mental, Shippee et al. (2019) consideran la discriminación por edad como un factor estresante que puede tener amplios efectos en la salud mental.

La discriminación por edad en el trabajo, como factor estresante agudo, puede generar temores sobre los desafíos profesionales asociados a la edad, ya sea la falta de respeto y la necesidad de demostrar su valía entre las mujeres más jóvenes, o el deterioro físico y social en los trabajadores de mayor edad. Además, la presión del trato injusto no se limita a una sola esfera de la vida, sino que puede propagarse a otros ámbitos (Ferraro & Shippee, 2009). A su vez, la activación fisiológica, los patrones cognitivos y las tensiones crónicas a largo plazo asociadas con el estrés relacionado con la discriminación tienen consecuencias para la salud mental, incluyendo depresión, bienestar y disminución del afecto positivo (Garstka et al., 2004; Gee et al., 2006). Sin embargo, estos efectos pueden variar en función de recursos psicológicos como la autoestima y el control personal (Moradi & Hasan, 2004). En otro estudio realizado por Bergman et al. (2013) en Judíos Israelíes, reportaron que la mayor edad subjetiva medida por días a la par de las actitudes discriminatorias por edad se relacionó con mayores síntomas depresivos, pero no se observó un efecto combinado de ambas sobre los síntomas depresivos.

Con respecto al segundo objetivo general que analizó el efecto mediador de los componentes del vejestimio, en esta investigación los resultados mostraron que los prejuicios y la discriminación tuvieron un efecto mediador en su relación con el estrés, ansiedad y depresión. De esta manera se confirma que los prejuicios y la discriminación son los factores que incidieron de manera directa e indirecta en la presencia del estrés, ansiedad y depresión.

Respecto a los prejuicios negativos por edad y las relaciones que mostró con las variables de estudio, como se esperaba encontrar, estas se mostraron positivas y estadísticamente significativas con excepción de la relación con los estereotipos. Socialmente, la práctica de prejuicios por edad se considera de las más toleradas, lo que implica que se manifiesten de manera cotidiana (Levy & Apriceno, 2019; Nelson, 2005). No obstante, los alcances de este tipo de prejuicios resultan perjudiciales en la salud integral de las personas. De tal manera, que los hallazgos respaldan los estudios de Butler (1969) quien mencionó que este tipo de viejismo se manifiesta en actitudes prejuiciosas que terminan sosteniendo las propias personas mayores, así como las prácticas discriminatorias en el empleo y roles sociales, exclusiones que afectan su dignidad como personas.

Con respecto a las trayectorias que se analizaron, en una investigación realizada en Estados Unidos por Allen et al. (2022), señalan que la presencia de prejuicios negativos por motivos de edad en personas mayores, aumentaron las probabilidades de tener una salud mental regular o mala y sintomatología de depresión. Además, reportaron que las personas de 65 a 80 años presentaron un mayor grado de prejuicios por edad que los que se encontraban en el rango de 50 a 64 años. Asimismo, las mujeres reportaron más prejuicios en comparación con los hombres. Estos prejuicios también diferían según los indicadores de nivel socioeconómico más bajo; es decir, se relacionó con aspectos como el nivel educativo, los ingresos económicos y el empleo. Como elemento final, las personas mayores de zonas rurales presentaron más prejuicios por motivos de edad que las de zonas metropolitanas. Bajo la misma línea, Brinkhof et al. (2024) indicaron en su estudio realizado en Ámsterdam, Países bajos, que los niveles más altos de prejuicios negativos por edad se asociaron con una menor calidad de vida, y mayores niveles de depresión y soledad. Sin embargo, la resiliencia desempeñó un papel mediador, o protector en los participantes, quienes

tienden a la resiliencia mostraron una relación más débil con los prejuicios. Específicamente, estas condiciones de resiliencia se presentaron principalmente entre las personas mayores agrupadas en el menor rango de edad. Lee & Kim (2016), realizaron un estudio en Corea del Sur con participantes mujeres y observaron efectos significativos sobre el apoyo social sobre el estrés, y del estrés sobre la depresión. Además, se observaron efectos indirectos significativos entre los prejuicios negativos percibido por la edad y la depresión. Para cada efecto directo, el factor mediador fue el estrés. En decir, el estudio reveló que el apoyo social y los prejuicios por edad tuvieron un efecto indirecto sobre la depresión a través del estrés. Por lo tanto, el apoyo social basado en una comprensión profunda del estrés es fundamental para el cuidado de personas mayores que presentan depresión. Bajo el mismo tenor, la soledad y los prejuicios por edad se asociaron significativamente con el estrés, aunque estos efectos fueron mediados parcial y totalmente por la resiliencia, respectivamente, esto según los resultados de Ribeiro- Gonçalves, et al. (2023), en un estudio realizado en Lisboa, Portugal. Finalmente, el estudio de Bergman & Bodner (2022) respalda los resultados expuestos, al reportar los hallazgos de su investigación encuentra que el vínculo entre percepciones de prejuicios por edad y el estrés es especialmente fuerte en quienes tienen baja autoestima y peor imagen corporal.

Major et al. (2003) proponen el modelo transaccional para comprender como los prejuicios afectan la autoestima de las personas y puede conducir a patologías mentales. El modelo transaccional asume que las personas no responden de manera uniforme al hecho de ser objetos de prejuicios. Por el contrario, la autoestima y las respuestas emocionales a los prejuicios están determinadas por las valoraciones cognitivas de las personas que perciben el prejuicio, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas en respuesta a estos sucesos. A su vez, estos procesos están determinados por factores personales, situacionales y a nivel estructural. Los autores del

modelo presentaron evidencia por medio de experimentos que la autoestima en respuesta a un prejuicio percibido se ve moderada por la presencia o ausencia de amenazas a la identidad personal, la claridad de las señales de prejuicio en la situación, la identificación con el grupo, adhesión a ideologías legitimadora y el estatus grupal.

El componente del viejismo que mostró la correlación más baja entre las variables de estudio fue el de los estereotipos. Solamente se encontró una correlación estadísticamente significativa con la discriminación. En este contexto, Palmore (1990) refiere que los estereotipos negativos resultan ser los causantes de prejuicios y discriminación por edad hacia las personas mayores. Es decir, para poder ejercer conductas de exclusión hacia este grupo etario, primero se genera una creencia, bien sea positiva o negativa, seguido de un sentimiento relacionado con el estereotipo (Allport, 1954). Sin embargo, la particularidad del presente estudio radica en la evaluación de la percepción de dichos componentes del viejismo por personas mayores, y no en la ejecución o práctica de este. En este sentido, se habla de viejismo autodirigido, e implica la internalización de estereotipos.

A su vez, la internalización de estereotipos implica la influencia cultural, mediante la interacción con los medios de comunicación, el sistema educativo y la transmisión intergeneracional de creencias en relación con la vejez y el envejecimiento (Mingorance, 2014). Velasco et al. (2018)) por ejemplo, encontraron una asociación entre las puntuaciones altas de estereotipos negativos hacia la vejez, con disfunción familiar, descuido personal, tener más de 75 años, y carecer de ingresos propios. En contextos más cercanos, la OMS, (2022) ha comunicado con relación al envejecimiento en América Latina, que este ocurre en un contexto de pobreza y desigualdad de ingresos. Además de la pobreza, el aislamiento, enfermedades físicas y mentales, inutilidad y depresión imperan como estereotipos compartidos (Palmore, 1999). Específicamente

con respecto a las trayectorias analizadas en la presente investigación, estudios anteriores habían identificado un efecto de los estereotipos con la ansiedad y la depresión. Freeman et al. (2016) por ejemplo, en un estudio longitudinal reportaron que, después de ajustar los posibles factores de confusión, las percepciones de estereotipos negativos hacia el envejecimiento al inicio del estudio predijeron la nueva aparición de depresión y ansiedad en el seguimiento del estudio. Otro ejemplo, es el estudio realizado por Levy et al. (2021), en donde, la exposición de las personas mayores a mensajes negativos en relación con estereotipos de edad condujo a una salud mental significativamente peor, en especial, mayor ansiedad y menos tranquilidad. Por otra parte, los estereotipos negativos reducen la salud física, aumentan la dependencia, la debilidad y la incompetencia, lo que conduce a síntomas depresivos (Wurm et al., 2017). Con respecto a los resultados de la trayectoria estereotipos y estrés, ésta se encuentra respaldada por los hallazgos de Lyons et al. (2018) quienes reportaron que las percepciones de estereotipos negativos por edad estaban fuertemente relacionadas con el estrés.

El modelo teórico que explica la relación entre las variables del presente estudio es el modelo biopsicosocial propuesto por el estadounidense George L. Engel en 1977. Este enfoque propone que los aspectos biológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento del ser humano (García, 2008). Por lo tanto, las investigaciones que abordan los efectos de los estereotipos, prejuicios y discriminación por edad en la salud mental de las personas mayores suelen conceptualizar la salud en la vejez desde una perspectiva biopsicosocial (Dziechciaż & Filip, 2014; Levy & Apriceno, 2019). Además, el presente estudio se fundamenta en la teoría de la incorporación de estereotipos de Levy (2009), la cual describe cómo tres aspectos diferentes pero conectados de la discriminación por edad pueden impactar la salud. Estos aspectos son: la discriminación hacia las personas mayores (es decir, el trato desfavorable que reciben), los

estereotipos negativos sobre la edad (las creencias generalizadas acerca de los adultos mayores) y las percepciones negativas que los propios mayores tienen sobre el envejecimiento. De acuerdo con la teoría de la incorporación de estereotipos, estos tres elementos del viejismo afectan de manera negativa la salud de las personas mayores a través de mecanismos psicológicos, conductuales y fisiológicos (Levy, 2009).

Respecto al primer objetivo específico que comprendió el análisis descriptivo de la muestra, la edad promedio de los participantes fue de 70.46 años, y predominaron las mujeres con un 84%. Velasco et al. (2020) reportaron una muestra similar, en donde la edad media que se registró fue de 71 años y el mayor número de participantes fueron mujeres (65%). En cuanto al estado civil, predominaron tanto personas casadas como viudas 43% y 39% respectivamente. Las características de la muestra reportadas en el estudio de Castellano (2014) fue similar, con un porcentaje de 50% para personas viudas y 39% para casados. Otra similitud se encontró en el nivel de escolaridad que reportaron los participantes, con un 51% de participantes con escolaridad básica y del 26% en el nivel medio. Por su parte, en su estudio, Castellano (2014) reportó como predominante el nivel básico (86%). En otras investigaciones se ha sumado el factor económico (Velasco et al., 2020). Este, se considera un aspecto relevante de tal manera que, las personas mayores que tienen ingresos económicos más altos presentaron a su vez, estereotipos más positivos sobre la vejez (Lasagni et al., 2013).

Continuando con el segundo objetivo, el cual consistió en medir los tres componentes de las actitudes viejistas: 1) componente cognitivo (estereotipos), 2) componente afectivo-emocional (prejuicios) y 3) componente conductual (discriminación). El primer componente, se midió con el cuestionario de Actitudes hacia el Envejecimiento (Kilty y Feld, 1976). La media de esta variable (41.80) encuentra similitud con la reportada por Velasco et al. (2020) quien refiere una media de

38.21. Este autor utilizó el Cuestionario de Estereotipos hacia la Vejez y el Envejecimiento (CENVE; Blanca et al., 2005), y encontró en una muestra de 572 participantes que el 87.2% refieren creencias negativas hacia el envejecimiento.

Por otra parte, en lo que a la medición de los prejuicios se refiere, se encontraron dos estudios (Castellano, 2014; Velasco et al., 2020) que utilizaron la misma escala para medir los prejuicios por edad, Escala sobre el Prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento (PREJ-ENV; de Miguel & Castellano, 2012). Respecto al componente conductual, se encontró el estudio de Castellano (2014) que utilizó el mismo cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV; Castellano y De Miguel, 2011). Finalmente, se utilizó la escala de Depresión Ansiedad Estrés (DASS, por sus siglas en inglés; Lovibond & Lovibond, 1995) para medir la sintomatología de: 1) depresión, 2) ansiedad y 3) estrés. De manera similar, Lyons et al. (2018) utilizaron la misma escala en la versión de 21 ítems (DASS-21; Antony et al., 1998). Por el contrario (Jackson et al., 2019; Kim et al., 2016) utilizaron la Escala de Estudios Epidemiológicos de Depresión (CES-D, por sus siglas en inglés; Radloff, 1977).

Por el contrario, el apoyo social percibido por personas mayores se relaciona con actitudes positivas hacia la vejez y el envejecimiento (Palmore, 1990). Asimismo, las autopercepciones positivas del envejecimiento han mostrado beneficios como mejor salud funcional y mayor longevidad. A su vez, Pascoe & Smart Richman (2009) refieren que el apoyo social y las conductas de afrontamiento funcionan como moderadores entre el vejeísmo y la salud mental en la vejez. Incluso, la edad y el sexo se reportaron como moderadores (Ribeiro-Gonçalves et al., 2023).

Otro aspecto importante de la presente investigación fue analizar los tres componentes de las actitudes viejistas, Ribeiro-Gonçalves et al. (2023) han reportado que más del 80% de los artículos se centran en el estudio del componente cognitivo. Las últimas correlaciones,

corresponden a las variables endógenas del estudio (estrés, depresión y ansiedad). Entre estas tres variables, la correlación más fuerte se mostró entre la ansiedad y el estrés, sin embargo, la depresión también mostró una correlación significativa. Al utilizar la escala de Depresión Ansiedad Estrés (DASS, por sus siglas en inglés; Lovibond & Lovibond, 1995), la cual está basada en la modelo tripartita de la emoción, se identificó que la depresión, ansiedad y estrés son constructos distintos; sin embargo, se relacionan y, aun así, son diferenciados por sus síntomas (Brown et al., 1997). Además, los resultados respaldan ya estudios realizados y que encuentran comúnmente acompañada la depresión de ansiedad (Beekman et al, 2000; Parker, 2003). Existen múltiples factores de riesgo de depresión en personas mayores, entre las que se encuentran: el sexo femenino, padecer dolor crónico, abuso de sustancias, patologías médicas, trastorno de sueño, aislamiento social, discapacidad, problemas económicos y eventos vitales negativos (Sims et al., 2017). Rodríguez-Vargas et al. (2017), por ejemplo, reportaron la pérdida de seres queridos, el sexo masculino en comparación con el femenino, las personas que entraron en un rango de 71 a 80 años y el bajo nivel educativo como factores de riesgo para desarrollar depresión en la vejez.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian que el vejeismo, entendido como estereotipos, prejuicios y discriminación por edad, se asocia con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión en las personas mayores del Estado de México. Se observó que quienes experimentan actitudes viejistas presentan una mayor vulnerabilidad emocional, lo que afecta negativamente su salud mental. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, el modelo de trayectoria reveló que la relación entre prejuicios y depresión tuvo la mayor magnitud seguida de la trayectoria entre discriminación y estrés. En este mismo orden descendente, la trayectoria que siguió en magnitud fue entre discriminación y ansiedad, seguida de la trayectoria entre prejuicios y ansiedad. Finalmente, la siguiente trayectoria fue entre prejuicios y estrés, para terminar con la trayectoria entre discriminación y depresión. Por otra parte, con respecto a los efectos indirectos, se encontró que la discriminación y los prejuicios tuvieron una función mediadora.

Con respecto a las variables endógenas, el estrés estuvo fuertemente relacionado con la sintomatología de ansiedad y depresión. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar estrategias de intervención que promuevan el respeto y la inclusión social de las personas mayores, así como programas preventivos que aborden el impacto del estrés y los trastornos emocionales en esta población, para lograr un envejecimiento saludable. Asimismo, se recomienda profundizar en futuras investigaciones sobre los factores protectores y de riesgo asociados al vejeismo y la salud mental en contextos similares.

Sin embargo, la investigación estuvo limitada por el tamaño de la muestra y el acceso a ciertas comunidades, por lo que se recomienda ampliar la cobertura en investigaciones futuras. Es fundamental que las políticas públicas impulsen la creación de ambientes libres de discriminación y refuercen los servicios de atención psicológica dirigidos a este sector de la población.

## Referencias

- Agüera, L. F., Cervilla, J. A., & Carrasco, M. (2006). *Psiquiatría geriátrica*. Elsevier.
- Allen, J. O., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J. T., Moïse, V., & Malani, P. N. (2022). Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults. *JAMA network open*, 5(6). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17240>
- Allport, G. (1954). *La naturaleza del prejuicio*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Alomoto, M., Calero, S. & Vaca, M.R. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 47-56. <https://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n1/ibi0511>
- Álvarez, I. M., Velis, L. M., Yela, Y. F., & Escobar, K. S. (2019). Afrontamiento al estrés y autoestima de adultos mayores. *Revista UNIDADES De Ciencias De La Salud*, 2(1),030-040 <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1241>
- Ambriz, E. A., Haro, M. E., & Ayala, R. I. (2024). Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores jubilados. *Archivos en Medicina Familiar*, 26(4),181–184. <https://doi.org/10.62514/amf.v26i4.66>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Association.
- Anbesaw, T., & Fekadu, B. (2022). Depression and associated factors among older adults in Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia, 2020: Cross-sectional study. *PloS one*, 17(8), Artículo e0273345. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273345>

- Andrescu, C., & Lee, S. (2020). Anxiety Disorders in the Elderly. *Advances in experimental medicine and biology*, 1191, 561–576. [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_28](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_28)
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Areán, P. A., & Reynolds, C. F. (2005). The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Biological psychiatry*, 58(4), 277-282. 58(4), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.03.037>
- Atchley R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Austin, D. R. (1985). Attitudes Toward Old Age. A Hierarchical Study. *The Gerontologist*, 25(4), 431-434. <https://doi.org/10.1093/geront/25.4.431>
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). *Introduction to the section: Ageism—Concept and origins. In Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer International Publishing.
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression?. *The Psychiatric clinics of North America*, 36(4), 497–516. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.001>
- Babalola, E., Noel, P., & White, R. (2017). The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian journal of social psychiatry*, 33(4), 291-296. [https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp\\_13\\_17](https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_13_17)

- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) [Propiedades psicométricas de la versión española de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)]. *Psicothema*, 17(4), 679–683. <https://psycnet.apa.org/record/2005-14013-023>
- Bal, A. C., Reiss, A. E., Rudolph, C. W., & Baltes, B. B. (2011). Examining positive and negative perceptions of older workers: a meta-analysis. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 66(6), 687–698. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>
- Barrio del Campo, J. A. D., García Ruiz, M. R., Ruiz, I., & Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832311003>
- Bassili, J. N. (1996). Meta-judgmental versus operative indexes of psychological attributes: The case of measures of attitude strength. *Journal of personality and social psychology*, 71(4), 637. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1996-06401-001.html>
- Batista, J. M., & Coenders, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. La Muralla.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1996). Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: a descriptive study. *Behaviour research and therapy*, 34(3), 225–234. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00064-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00064-x)
- Beekman, A.T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D.J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American journal of psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>

- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta mayor en México. *Salud Publica de México*, 47(1), S4-S11. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609302.pdf>
- Belsky J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x>
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M. E., Aparicio, V., & Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252-258. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258/es>
- Bergman, Y. S., Bodner, E., & Cohen-Fridel, S. (2013). Cross-cultural ageism: Ageism and attitudes toward aging among Jews and Arabs in Israel. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 6–15. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001548>
- Bergman, Y. S., & Bodner, E. (2022). Aging anxiety in older adults: The role of self-esteem and meaning in life. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 35(4), 196–201. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000295>
- Binstock, R. H. (2010). From compassionate ageism to intergenerational conflict?. *The Gerontologist*, 50(5), 574–585. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq056>
- Blanca, M. J., Sánchez, C., & Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Rev. multidiscipl. gerontol*, 212-220. <https://www.researchgate.net/publication/28125856>

- Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J., Fried, L. P., & Penninx, B. W. (2005). Correlates of anxiety symptoms in physically disabled older women. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(1), 15–22. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.1.15>
- Brickman, P., Redfield, J., Harrison, A. A., & Crandall, R. (1972). Drive and predisposition as factors in the attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Experimental Social Psychology*, 8(1), 31-44. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(72\)90059-5](https://doi.org/10.1016/0022-1031(72)90059-5)
- Brinkhof, L. P., Ridderinkhof, K. R., Bieleke, M., Murre, J. M., Krugers, H. J., & de Wit, S. (2024). *Are older individuals predisposed to habitual control more resilient?. Current Psychology*, 43(9), 7826-7842. <https://doi.org/10.1007/978-3662-38517-3>
- Briñol, P., & Petty, R. E. (2005). Individual Differences in Attitude Change. En D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 575–615). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Briñol, P., Falces & Becerra, A. (2007). Actitudes. En J.F. Morales, E. Gavira, M. Moya, & I. Cuadrado (Eds.), *Psicología Social* (3ª ed., pp.457-490). McGraw Hill.
- Botwinick, J. (1984). *Aging and Behavior*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-38517-3>
- Bowling A. (1999). Ageism in cardiology. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7221), 1353–1355. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7221.1353>
- Bozanic, A., & Ortiz, F. (2021). Estereotipos sobre el envejecimiento entre profesionales de salud en Chile: una exploración en tiempos de pandemia. *Anthropologica*, 39 (47), 183-220. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202102.007>

- Bozanic, A., & Ortiz, F. (2021). Estereotipos sobre el envejecimiento entre profesionales de salud en Chile: una exploración en tiempos de pandemia. *Anthropologica*, 39 (47), 183-220. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202102.007>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour research and therapy*, 35(1), 79–89. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00068-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00068-x)
- Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological psychiatry*, 52(3), 175-184. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01410-5](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01410-5)
- Bugental, D. B., & Hehman, J. A. (2007). Ageism: A review of research and policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 1(1), 173–216. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2007.00007.x>
- Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological bulletin*, 117(2), 285-305. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.2.285>
- Butler, R.N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246. <https://doi.org/10.1093/geront/9.4 part 1.243>
- Butler, R.N. (1975). Why Survive?: Being Old in America. *Social Work*, Volume 21(4), 341. <https://doi.org/10.1093/sw/21.4.341-c>
- Butler R. N. (2009). Combating ageism. *International psychogeriatrics*, 21(2), 211. <https://doi.org/10.1017/S104161020800731X>

- Cabrera, I., & Montorio, I. (2009). Ansiedad y envejecimiento. *Revista española de geriatría y gerontología*, 44(2), 106-111. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.001>
- Cacioppo, J. T., & Petty, R. E. (1989). Effects of message repetition on argument processing, recall, and persuasion. *Basic and Applied Social Psychology*, 10(1), 3–12. [https://doi.org/10.1207/s15324834basp1001\\_2](https://doi.org/10.1207/s15324834basp1001_2)
- Cai, W., Mueller, C., Shetty, H., Perera, G., & Stewart, R. (2020). Predictors of mortality in people with late-life depression: A retrospective cohort study. *Journal of affective disorders*, 266, 695–701. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.021>
- Cancino-Montecinos, S., Björklund, F., & Lindholm, T. (2018). Dissonance reduction as emotion regulation: Attitude change is related to positive emotions in the induced compliance paradigm. *Plos one*, 13(12), Artículo e0209012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209012>
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología contemporánea*, 6(1), 14-21. <https://psycnet.apa.org/record/1999-03712-002>
- Caporaël L. R. (1981). The paralinguistic of caregiving: baby talk to the institutionalized aged. *Journal of personality and social psychology*, 40(5), 876–884. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.40.5.876>
- Carballo, M. M., Estudillo, C. A. P., Meraz, L. L., Parrazal, L. B., & Valle, C. M. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Eneurobiología*, 10(24), 2. <https://doi.org/10.25009/eb.v10i24.2544>

- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biological psychiatry*, 54(3), 241–247. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00111-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00111-2)
- Castellano, C.L. & de Miguel, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, (2), 259-278. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095005>
- Castellano, C.L. & de Miguel, A. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV). *International journal of psychology and psychological therapy*, 11(3), 359-375. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/3738667>
- Castellano, C.L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56032544004>
- Catunda, M. (2008). Teorías sociológicas do envelhecimento. En: A. Neri (Eds) *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 73-112). Papirus.
- Chang-Quan, H., Zheng-Rong, W., Yong-Hong, L., Yi-Zhou, X., & Qing-Xiu, L. (2010). Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *International journal of psychiatry in medicine*, 40(1), 109–124. <https://doi.org/10.2190/PM.40.1.i>
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1), 1-38. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>

- Chun, H., Kang, M., Cho, S. I., Jung-Choi, K., Jang, S. N., & Khang, Y. H. (2015). Does the experience of discrimination affect health? A cross-sectional study of Korean elders. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP2285-NP2295. <https://doi.org/10.1177/1010539513506602>
- Cisneros, G. E., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática, 54(1), 34-48. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuidelines-SP.pdf>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2023). *Discriminación en contra de personas mayores*. [https://www.conapred.org.mx/wpcontent/uploads/2024/02/FT/ Mayores\\_Noviembre2023.pdf](https://www.conapred.org.mx/wpcontent/uploads/2024/02/FT/ Mayores_Noviembre2023.pdf)
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American journal of geriatric psychiatry: oficial journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 6(2), 122–126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9581207/>
- Córdoba, Á. H. (2016). *Envejecimiento y longevidad: fatalidad y devenir: teorías, datos y vivencias*. Universidad Externado.
- Cottrell, C. A., & Neuberg, S. L. (2005). Different Emotional Reactions to Different Groups: A Sociofunctional Threat-Based Approach to "Prejudice". *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 770–789. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.5.770>

- Cottrell, C. A., Neuberg, S. L., & Li, N. P. (2007). What do people desire in others? A sociofunctional perspective on the importance of different valued characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 208–231. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.2.208>
- Cowgill, D. O., & Holmes, L. D. (Eds.) (1972). *Aging and modernization*. Appleton-Century-Crofts.
- Craig, G.J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. Pearson Educación. [https://www.academia.edu/43368702/Craig\\_G\\_J\\_Desarrollo\\_Psicologico](https://www.academia.edu/43368702/Craig_G_J_Desarrollo_Psicologico)
- Cuddy, A. J. C., Norton, M. I., & Fiske, S. T. (2005). This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *Journal Of Social Issues*, 61(2), 267-285. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>
- de Miguel, A. (2006). Viejismo en estudiantes de psicología clínica y de la salud: un primer estudio en España. En S. Ballesteros (Ed.). *Ageing, cognition, and neuroscience*. Envejecimiento, Cognición y Neurociencia (pp.309-320). UNED.
- de Miguel, A., & Castellano, C.L. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, (1), 69-83. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023335010>
- de Sousa, R. D., Zagalo, D. M., Costa, T., de Almeida, J. M. C., Canhão, H., & Rodrigues, A. (2025). Exploring depression in adults over a decade: a review of longitudinal studies. *BMC psychiatry*, 25(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06828-x>

- Devita, M., De Salvo, R., Ravelli, A., De Rui, M., Coin, A., Sergi, G., & Mapelli, D. (2022). Recognizing depression in the elderly: practical guidance and challenges for clinical management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2867-2880. <https://doi.org/10.2147/NDT.S347356>
- Dovidio, J. F. (2010). *The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*. SAGE Publications Ltd eBooks. <https://doi.org/10.4135/9781446200919>
- Duran-Badillo, T., Rodríguez, V. A. B., Aguilar, M. D. L. L. M., Sánchez, G. G., Herrera, J. L. H., & Barajas, M. E. S. (2021). Depression, anxiety, cognitive function, and functional dependence in hospitalized older adults. *Enfermería Global*, 20(1), 276-283. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.422641>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, 21(4), 835-838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Edwards, N., Walker, S., Paddick, S. M., Prina, A. M., Chinnasamy, M., Reddy, N., Mboya, I. B., Mtei, M., Varghese, M., Nakkasuja, N., Guerra, M., Sapkota, N., & Dotchin, C. (2023). Prevalence of depression and anxiety in older people in low- and middle- income countries in Africa, Asia and South America: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 325, 656–674. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.068>
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1096–1105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.010>

- Elias, N., (1987). On Human Beings and their Emotions: A Process-Sociological Essay. *Theory, Culture & Society*, 4(2-3), 339-36. <https://doi.org/10.1177/026327687004002008E>
- Ellemers, N., Kortekaas, P., & Ouwerkerk, J. W. (1999). Self-categorisation, commitment to the group and group self-esteem as related but distinct aspects of social identity. *European Journal of Social Psychology*, 29(2-3), 371–389. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(199903/05\)29:2/3<371::AID-EJSP932>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(199903/05)29:2/3<371::AID-EJSP932>3.0.CO;2-U)
- Engel, G. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Espinoza Oyarce, D. A., Shaw, M. E., Alateeq, K., & Cherbuin, N. (2020). Volumetric brain differences in clinical depression in association with anxiety: a systematic review with meta-analysis. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 45(6), 406–429. <https://doi.org/10.1503/jpn.190156>
- Fazio, R. H., & Zanna, M. P. (1981). Direct experience and attitude-behavior consistency. *In Advances in experimental social psychology*, 14, 161-202. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60372-X)
- Feei Ma, Z., & Zhou, S. (2024). Physical activity, exercise, and mental disorders of older adults. *Alpha Psychiatry*, 25(6), 752–753. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.241862>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La Psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 16, 1-11. <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo:793626>

- Fernández, A. A., & Granados, J. M. (2015). Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. *Medicine- Programa de formación médica continuada acreditado*, 11(84), 5022-5030. <https://doi:10.1016/j.med.2015.07.013>
- Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: how does inequality get under the skin?. *The Gerontologist*, 49(3), 333–343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117- 140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Festinger, L. (1957). Social comparison theory. *Selective Exposure Theory*, 16(401), 3. [http://www.bahaistudies.net/asma/selective\\_exposure-wiki.pdf#page=18](http://www.bahaistudies.net/asma/selective_exposure-wiki.pdf#page=18)
- Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 3-35). Editorial Siglo XXI.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 878–902 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051578/>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Fozard, J. L. (1990). Vision and hearing in aging. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3<sup>a</sup> ed., pp. 150–170). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-101280-9.50015-2>

- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*, 270 (15), 1819-1825. <https://doi:10.1001/jama.1993.03510150053029>
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of affective disorders*, 199, 132-138. <https://doi:10.1016/j.jad.2016.03.042>
- Gallardo-Peralta, L. P., Mayorga Muñoz, C., & Soto Higuera, A. (2022). Health, social support, resilience and successful ageing among older Chilean adults. *International Social Work*, 65(2), 283–299. <https://doi.org/10.1177/0020872819901147>
- García Ramírez, J. C. (2003). *La vejez: el grito de los olvidados*. Manufactura AC.
- García, J. L. T. (2008). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención primaria*, 39(2), 93. <https://doi.org/10.1157/13098677>
- Garstka, T. A., Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., & Hummert, M. L. (2004). How Young and Older Adults Differ in Their Responses to Perceived Age Discrimination. *Psychology and Aging*, 19(2), 326–335. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.326>
- Gawronski, B., Hofmann, W., & Wilbur, C. J. (2006). Are “implicit” attitudes unconscious?. *Consciousness and cognition*, 15(3), 485-499. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.11.007>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global

Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

Gee, G. C., Chen, J., Spencer, M. S., See, S., Kuester, O. A., Tran, D., & Takeuchi, D. (2006). Social support as a buffer for perceived unfair treatment among Filipino Americans: differences between San Francisco and Honolulu. *American journal of public health*, 96(4), 677–684.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.060442>

Gibson, R. C., James, K., Waldron, N. K., Abel, W. D., Eldemire-Shearer, D., & Mitchell-Fearon, K. (2019). Patterns of depressive symptoms among younger elderly (60-74 years old) and older elderly ( $\geq 75$  years old) in Jamaica. *International Psychogeriatrics*, 31(8), 1217–1224.  
<https://doi.org/10.1017/S104161021800162X>

Glover, J., & Srinivasan, S. (2013). Assessment of the person with late-life depression. *Psychiatric Clinics*, 36(4), 545-560. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.004>

González, M., Ibáñez, I., & Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International journal of clinical and health psychology*, 6(1), 23-39. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760102.pdf>

Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2002). Ageism: Denying the face of the future. En T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 27–48). The MIT Press.

Gutiérrez Robledo, L.M., & Lezama Fernández, M.A. (coords.) (2013). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública*. Instituto Nacional de Geriatria.

[http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Prop\\_Plan\\_Accion\\_Envejecimiento\\_Salud.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf)

Ham, R., & González, C. A. (2008). Discriminación en las edades avanzadas en México. *Papeles de población*, 14(55), 35-58. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11205503.pdf>

Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8–13, <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill education.

Hernández, J. A., Córdoba, V., & Velilla, L. M. (2022). Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 22(1), 1–21. <https://doi.org/10.18270/chps.v22i1.4038>

Higgs, P., & Gilleard, C. (2022). Is ageism an oppression?. *Journal of aging studies*, 62, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101051>

Hogg, M. A. (1992). *The social psychology of group cohesiveness: From attraction to social identity*. Prentice-Hall.

Hogg, M. A., & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. Taylor & Frances. <https://psycnet.apa.org/record/1988-98520-000>

Hopko, D. R., Bourland, S. L., Stanley, M. A., Beck, J. G., Novy, D. M., Averill, P. M., & Swann, A. C. (2000). Generalized anxiety disorder in older adults: examining the relation between clinician severity ratings and patient self-report measures. *Depression and anxiety*, 12(4), 217–225. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:4<217::AID-DA5>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:4<217::AID-DA5>3.0.CO;2-6)

- Hornsey, M. J., & Jetten, J. (2004). The individual within the group: balancing the need to belong with the need to be different. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 8(3), 248–264. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0803\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0803_2)
- Hovland, C. I. (1959). Reconciling conflicting results derived from experimental and survey studies of attitude change. *American psychologist*, 14(1), 8-17. <https://doi.org/10.1037/h0042210>
- Howard, R., & Lovestone, S. (1996). *Depression in Elderly People-pocketbook*. CRC Press.
- Howorth, K., Paddick, S.M., Rogathi, J., Walker, R., Gray, W., Oates, L.L., Dotchin, C. (2019). Conceptualization of depression amongst older adults in rural Tanzania: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*, 31(10), 1473-1481. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002016>
- Hurlock, E. B. (1980). *Developmental Psychology*. (4<sup>th</sup> ed.). McGraw-Hill, <https://archive.org/details/dli.scoerat.2412developmentalpsychologyfourthedition>
- Iacob, R., Arias, C.J. (2010). El empoderamiento en la vejez *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 25-32. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v2.2.26787>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2020, 3 de octubre). *Encuesta Nacional para el sistema de cuidados (ENASIC) 2022* [comunicado de prensa]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC\\_23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf)
- Insko, C. A., Pinkley, R. L., Hoyle, R. H., Dalton, B., Hong, G., Slim, R. M., Landry, P., Holton, B., Ruffin, P. F., & Thibaut, J. (1987). Individual versus group discontinuity: The role of intergroup

contact. *Journal of Experimental Social Psychology*, 23(3), 250–267.  
[https://doi.org/10.1016/0022-1031\(87\)90035-7](https://doi.org/10.1016/0022-1031(87)90035-7)

Issalillah, F., & Aisyah, N. (2022). The Elderly and the Determinants of Stress. *Journal of Social Science Studies (JOS3)*, 2(1), 9-12.  
<https://ejournal.metromedia.education/index.php/jos3/article/view/19>

Iversen, T.N., Larsen, L., Solem, P.E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nord Psychol*, 61(3), 4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>

Jackson, S.E., Hackett, R.A., & Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and well-being: cross-sectional and prospective analysis of the English longitudinal Study of the ageing. *The Lancet. Public health*, 4 (4), Artículo e200-e2008.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30035-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30035-0)

Jiménez, E., Fernández, Z., Broche, Y., León, J.C., Rodríguez, G., Rodríguez, R., Pérez, B.D. (2021). Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Novedades en Población*, 12(33), 223-244. <http://www.novpob.uh.cu>

Jiménez, M. E., Balarezo, L. A., & Polo, E. M. (2023). Factores biopsicosociales y sociodemográficos predictores en la ansiedad y depresión del adulto mayor: Biopsychosocial and sociodemographic predictors in anxiety and depression of the elder adult. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(2), 5626–5642.  
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1006>

Kang, H. C., & Kim, H. (2022). Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8.  
<https://doi.org/10.1177/23337214221087023>

- Katz, D., & Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28(3), 280–290. <https://doi.org/10.1037/h0074049>
- Kilty, K. M., & Feld, A. (1976). Attitudes toward aging and towards the needs of older people. *Journal of gerontology*, 31(5), 586–594. <https://doi.org/10.1093/geronj/31.5.586>
- Kim, I., Noh, S., & Chun, H. (2016). Mediating and moderating effects in ageism and depression among the Korean elderly: The roles of emotional reactions and coping responses. *Osong public health and research perspectives*, 7(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2015.11.012>
- Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older adults. En T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (129–161). The MIT Press.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., Jr, & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *The Journal of Social Issues*, 61(2), 241–266. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00404>
- Kite, M.E., Whitley, Jr., B.E., & Wagner, L.S. (2022). *Psychology of Prejudice and Discrimination* (4<sup>th</sup> ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367809218>
- Kleinman, A. (2004). Culture and Depression. *The New England Journal of Medicine*, 351(10), 951–953. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048078>
- Kline, D. W., & Schieber, F. (1985). Vision and aging. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed., pp. 296–331). Van Nostrand Reinhold Co.
- Krings F, Sczesny S, Kluge A. (2011). Stereotypical inferences as mediators of age discrimination: the role of competence and warmth. *Br J Manag*, 22(2):187–201. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2010.00721.x>

- Kuypers, J. A., & Bengtson, V. L. (1973). Social breakdown and competence: A model of normal aging. *Human development, 16*(3), 181-201. <https://doi.org/10.1159/000271275>
- Lahey B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *The American psychologist, 64*(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., & Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological bulletin, 126*(3), 390–423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.3.390>
- LaPiere, R. T. (1934). Attitudes vs. actions. *Social forces, 13*(2), 230-237. <https://doi.org/10.2307/2570339>
- Lasagni, V. X., Bernal, R., del Rosario Tuzzo, M., Rodríguez, M. S., Heredia, D., Muñoz, L. M., Palermo, N., Torrealba, L. M., Crespo, E., Gavira, G., Palacios, M., Villarroel, C. I., Fahmy, W. M., Charamelo, A., & Díaz, P. . (2013). Estereotipos negativos hacia la vejez en personas mayores de Latinoamérica. *Revista Kairós-Gerontologia, 16*(4), 9–23. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i4p9-23>
- Lee, H. S., & Kim, C. (2016). Structural Equation Modeling to Assess Discrimination, Stress, Social Support, and Depression among the Elderly Women in South Korea. *Asian nursing research, 10*(3), 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.06.003>
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (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. <https://doi.org/10.1093/geronj/27.4.511>

- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., Pollock, B. G., & Reynolds, C. F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *The American journal of psychiatry*, *157*(5), 722–728. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.722>
- Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. En T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 49–75. The MIT Press.
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes, *The Journals of Gerontology: Series B*, *58*(4), P203–P211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy, B.R. & Banaji, M.R. (2004) Implicit Ageism. En T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pp.49-75) MIT Press.
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive medicine*, *39*(3), 625–629. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2004.02.029>
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current directions in psychological science*, *18*(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and aging*, *24*(1), 230–233. <https://doi.org/10.1037/a0014563>
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological science*, *20*(3), 296-298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02298>

- Levy, B. R., Pilver, C. E., & Pietrzak, R. H. (2014). Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted. *Social science & medicine (1982)*, 119, 170–174. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.046>
- Levy, S. R., & Apriceno, M. (2019). Ageing: The role of ageism. *OBM Geriatrics*, 3(4), 1-16. <https://doi:10.21926/obm.geriatr.1904083>
- Levy, H. C., O'Bryan, E. M., & Tolin, D. F. (2021). A meta-analysis of relapse rates in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 81, 102407. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102407>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*. 22(40), 55. <https://psycnet.apa.org/record/1933-01885-001>
- Lippmann, W. (1922). Stereotypes. En W. Lippmann, *Public opinion* (pp. 79–94). MacMillan Co. <https://doi.org/10.1037/14847-006>
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P. T., Jr, Aguilar-Vafaie, M. E., Ahn, C. K., Ahn, H. N., Alcalay, L., Allik, J., Avdeyeva, T. V., Barbaranelli, C., Benet-Martinez, V., Blatný, M., Bratko, D., Cain, T. R., Crawford, J. T., Lima, M. P., Ficková, E., Yik, M. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and aging*, 24(4), 941–954. <https://doi.org/10.1037/a0016901>

- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., ... & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social science & medicine*, 71(3), 517-528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hinchliff, S., Malta, S., & Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & mental health*, 22(11), 1456–1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83–104. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.83>
- Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PloS one*, 16(5), e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
- Major, B., McCoy, S., Kaiser, C., & Quinton, W. (2003). Prejudice and self-esteem: A transactional model. *European review of social psychology*, 14(1), 77-104. <https://doi.org/10.1080/10463280340000027>
- Masters, J. C., & Keil, L. J. (1987). Generic comparison processes in human judgment and behavior. In J. C. Masters & W. P. Smith (Eds.), *Social comparison, social justice, and relative deprivation: Theoretical, empirical, and policy perspectives* (pp. 11–54). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/1987-97772-001>
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. de la L., & Vivaldo-Martínez, M. (2016). *What is the onset age of human aging and old age?* *International Journal of Gerontology*, 10(1), 56. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2015.06.004>

- Miller, D. B., & O'Callaghan, J. P. (2005). Aging, stress and the hippocampus. *Ageing research reviews*, 4(2), 123–140. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2005.03.002>
- Minichiello, V., Browne, J. & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society* 20(3), 253-278. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007710>
- Mingorance, D. (2014). El miedo a la vejez. *Voces en el Fénix*. <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/el-miedo-a-la-vejez/>
- Molden, J., & Maxfield, M. (2016). The impact of aging stereotypes on dementia worry. *European journal of ageing*, 14(1), 29–37. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0378-z>
- Moore, R. C., Straus, E., & Campbell, L. M. (2020). Stress, mental health, and aging. En N. Hantke, A. Etkin, & R. O'Hara (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (3rd ed., pp. 37–58). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800136-3.00004-1>
- Moradi, B., & Hasan, N. T. (2004). Arab American Persons' Reported Experiences of Discrimination and Mental Health: The Mediating Role of Personal Control. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 418–428. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.418>
- Morales, J.F. (1999). *Psicología Social*. McGraw-Hill.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. Manual Moderno.
- Moysén, A., & Villaveces, M.C. (2023). Diseños de Investigación. En E.J. Camacho (Eds.), *Metodología aplicada a la Psicología y la Ciencias de la Salud* (pp.151-173). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Musaiger, A. O., D'Souza, R., & Al-Roomi, K. (2013). Perception of aging and ageism among women in Qatar. *Journal of women & aging*, 25(3), 273–280. <https://doi.org/10.1080/08952841.2013.791602>
- Nelson, T. D. (2002). Ageism, Stereotyping and Prejudice against Older Persons. *Ageing and society*, 23(02), 255–264. <https://doi.org/10.1017/s0144686x03251230>
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207–221. <https://doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological bulletin*, 138(5), 982–997. <https://doi.org/10.1037/a0027843>
- Oakes, P. J., Haslam, S. A., & Reynolds, K. J. (1999). Social categorization and social context: Is stereotype change a matter of information or of meaning? En D. Abrams & M. A. Hogg (Eds.), *Social identity and social cognition* (pp. 55–79). Blackwell Publishing.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *El edadismo es un problema mundial-Naciones Unidas*. [Comunicado de prensa]. <http://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortiz, A. L. S., García, C. I. A., & Castillo, G. I. A. (2017). Determinants associated with chronic and incident depression in Mexican older adults. *Gaceta medica de México*, 153(Supl. 2), S102–S118. <https://doi.org/10.24875/GMM.M17000011>
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning* (No. 47). University of Illinois press.
- Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. Springer Pub.
- Palmore, E., (2003). Ageism Come of Age. *Gerontologist*, 43(3), 418-420. <https://doi.org/10.1093/geront/43.3.418>
- Palmore, E. B., Branch, L., & Harris, D. (Eds.). (2016). *Encyclopedia of ageism*. <https://doi.org/10.4324/9781315043975>
- Parker, S. K. (2003). Longitudinal effects of lean production on employee outcomes and the mediating role of work characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 620–634. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.4.620>
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Pearlin, Leonard I. Elizabeth G. Menaghan, Morton A. Lieberman and Joseph T. Mullan. (1981). *The Stress Process*. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356. <https://doi:10.2307/2136676>

- Pérez, D.R., Martín, C.M., & Riquelme, M.A. (2016). Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(3).  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70195>
- Pérez, E., Medrano, L. A., & Rosas, J. S. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id:333427385008>
- Perlmutter, M. (1978). What is memory aging the aging of? *Developmental Psychology*, 14(4), 330–345. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.14.4.330>
- Petty, R. E., Wegener, D. T., & Fabrigar, L. R. (1997). Attitudes and attitude change. *Annual review of psychology*, 48, 609–647. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.609>
- Petty, R. E., Briñol, P., & DeMarree, K. G. (2007). The Meta-Cognitive Model (MCM) of attitudes: Implications for attitude measurement, change, and strength. *Social cognition*, 25(5), 657-686.  
<https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.657>
- Plude, D. J., & Hoyer, W. J. (1986). Age and the selectivity of visual information processing. *Psychology and aging*, 1(1), 4–10. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.1.1.4>
- Posthuma, R. A., Wagstaff, M. F., & Champion, M. A. (2012). Age stereotypes and workplace age discrimination: A framework for future research. En J. W. Hedge & W. C. Borman (Eds.), *The Oxford handbook of work and aging* (pp. 298–312). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195385052.013.0104>

- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 741–763. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.741>
- Radloff, L. S. (1977). A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychol Measurements*, 1, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega, M. P., & Hernández, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47-56. [https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/11/011\\_Ramos.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf)
- Rodríguez Guardiola, B., & Tejera Concepción, J. F. (2020). Tratamiento del estrés en el adulto mayor. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(3), 135-140. <https://orcid.org/0000-0002-6329-6940>
- Rodríguez-Vargas, M., Pérez-Sánchez, L., Marrero-Pérez, Y., Rodríguez-Ricardo, A., Pérez-Solís, D., & Peña-Castillo, Y. (2022). Depresión en la tercera edad. *Archivo médico Camagüey*, 26. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552022000100024&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552022000100024&lng=es&tlng=es)
- Robledo, C.A., & Orejuela, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, P. A., & Leal, I. (2023). Loneliness, ageism, and mental health: The buffering role of resilience in seniors. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 23(1), 100339. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339>
- Riley, M. W. (1987). On the significance of age in sociology. *American sociological review*, 52(1), 1-14. <https://doi.org/10.2307/2095388>

- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R. M., & Román-Alvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35.  
<https://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>
- Rudman, L. A., Greenwald, A. G., & McGhee, D. E. (2001). Implicit self-concept and evaluative implicit gender stereotypes: Self and ingroup share desirable traits. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(9), 1164-1178.  
<https://faculty.washington.edu/agg/pdf/Rudman&al.PSPB2001.pdf>
- Rueda, L. (2022). Esperanza de vida e inicio de la etapa de adulto mayor. *Salud Uninorte*, 38(1), 5-20.  
<https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.1.613.041>
- Roskos-Ewoldsen, D. R., & Fazio, R. H. (1992). On the orienting value of attitudes: attitude accessibility as a determinant of an object's attraction of visual attention. *Journal of personality and social psychology*, 63(2), 198. <https://psycnet.apa.org/buy/1992-41829-001>
- Rossmann I. (1977). Options for care of the aged sick. *Hospital practice*, 12(3), 107–116.  
<https://doi.org/10.1080/21548331.1977.11707098>
- Rucker, D. D., & Petty, R. E. (2004). When resistance is futile: Consequences of failed counterarguing for attitude certainty. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 219.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.219>
- Rudman, L. A., Ashmore, R. D., & Gary, M. L. (2001). "Unlearning" automatic biases: the malleability of implicit prejudice and stereotypes. *Journal of personality and social psychology*, 81(5), 856.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.81.5.856>

Salvarezza, L. (1988). *Viejismo: los prejuicios contra la vejez*. In *Psicogeriatría: teoría y clínica* (pp. 16-38).

Scandroglio, B., López, J.S., San José, M.C. (2008). La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*, 20(1), 80-89.  
<https://www.researchgate.net/publication/28219495>

Schaub, R. T., & Linden, M. (2000). Anxiety and anxiety disorders in the old and very old--results from the Berlin Aging Study (BASE). *Comprehensive psychiatry*, 41(2 Suppl 1), 48–54.  
[https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)80008-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)80008-5)

Schutte, R. A., & Fazio, R. H. (1995). Attitude Accessibility and Motivation as Determinants of Biased Processing: A Test of the MODE Model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(7), 704-710. <https://doi.org/10.1177/0146167295217005>

Secretaría de Salud. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos*.  
[www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html)

Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: a critical review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1071–1082.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.008>

Semrau, M., Evans-Lacko, S., Koschorke, M., Ashenafi, L., & Thornicroft, G. (2015). Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 382–394. <https://doi:10.1017/S2045796015000359>

Shippee, T. P., Wilkinson, L. R., Schafer, M. H., & Shippee, N. D. (2019). Long-Term Effects of Age Discrimination on Mental Health: The Role of Perceived Financial Strain. *The journals of*

*gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 74(4), 664-674.  
<https://doi.org/10.1017/S104161021600191>

Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139175043>

Simon, H. A. (1992). What is an "explanation" of behavior? *Psychological Science*, 3(3), 150–161.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00017.x>

Sims, M., Ramírez, D., Pérez, K. & Gómez, K. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Humanities Médicas*, 17(2), 306-322.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172781202017000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202017000200005&lng=es&tlng=es)

Sinoff, G., & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(10), 951–959. <https://doi.org/10.1002/gps.1004>

Smith-Castro, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en psicología*, 20(107), 45-71  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0258-64442006000100003&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442006000100003&lng=pt&tlng=es)

Snyder, M., & Miene, P. K. (1994). Stereotyping of the elderly: a functional approach. *The British journal of social psychology*, 33 (1), 63–82. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01011.x>

- Solís, P., & Brunet, N. (2013). Estructuración por edad del proceso de estratificación social en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 7(13), 29-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323830085002>
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). Terror management theory of self-esteem. En C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 21–40). Pergamon Press.
- Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Experiential Avoidance and Bordering Psychological Constructs as Predictors of the Onset, Relapse and Maintenance of Anxiety Disorders: One or Many?. *Cognitive therapy and research*, 41(6), 867–880. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9856-7>
- Stanley, M. A., Novy, D. M., Bourland, S. L., Beck, J. G., & Averill, P. M. (2001). Assessing older adults with generalized anxiety: a replication and extension. *Behaviour research and therapy*, 39(2), 221–235. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00030-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00030-9)
- Tajfel, H. (1981). Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology. *Contemporary Sociology. American Sociological Association* 12, (2), 237-238 <https://doi.org/10.2307/2066820>
- Tajfel, H. & Turner, J. (2000). An Integrative Theory of Intergroup Conflict. *Oxford Academy*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199269464.003.0005>
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *New England journal of medicine*, 371(13), 1228-1236. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1402180>

- Therrien, Z., & Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: a systematic review of commonly used measures. *Aging & mental health, 16*(1), 1–16.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.602960>
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American journal of Sociology, 33*(4), 529-554.  
<https://doi.org/10.1086/214483>
- Tormala, Z. L., & Petty, R. E. (2002). What doesn't kill me makes me stronger: The effects of resisting persuasion on attitude certainty. *Journal of personality and social psychology, 83*(6), 1298.  
<https://psycnet.apa.org/buy/2002-08203-005>
- Trafimow, D. (2009). The theory of reasoned action: A case study of falsification in psychology. *Theory & Psychology, 19*(4), 501-518. <https://doi.org/10.1177/0959354309336319>
- Tully, P. J., Baker, R. A., & Knight, J. L. (2008). Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *Journal of psychosomatic research, 64*(3), 285–290.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.007>
- Turner, J. C. (1981). Towards a cognitive redefinition of the social group. *Cahiers de Psychologie Cognitive/Current Psychology of Cognition, 1*(2), 93–118.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil Blackwell.
- Turner, J. C., Oakes, P. J., Haslam, S. A., & McGarty, C. (1994). Self and collective: Cognition and social context. *Personality and social psychology bulletin, 20*(5), 454-463.

- Turner, J. C. (1999). Some Current Themes in Research on Social Identity and Self-Categorization Theories. En N. Ellemers, R. Spears, & B. Doosje (Eds.), *Social Identity: Context, Commitment, Content* (pp. 6-34). Blackwell.
- van Balkom, A. J., Beekman, A. T., de Beurs, E., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *101*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x>
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y La Psiquiatría (7a ed.)*. Elsevier Masson.
- Van Den Noortgate, N. J., & Van den Block, L. (2022). End-of-life care for older people: the way forward. *Age and Ageing*, *51*(7), afac078. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac078>
- Van Lange, P., Kruglanski, A., & Higgins, E. (Eds.). (2012). *Handbook of theories of social psychology* (Vol. 1). SAGE Publications.
- Vega, W. A., Rodríguez, M. A., & Ang, A. (2010). Addressing stigma of depression in Latino primary care patients. *General hospital psychiatry*, *32*(2), 182-191. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.10.008>
- Velasco, V. M., Suárez, G. G., Limones, M., Reyes, H., & Delgado, V. E. (2020). Creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento. *European Journal of Health Research*, *6*(1), 85-96. <https://www.index-f.com/para/n28/pdf/e018.php>
- Weiffenbach, J. M., & Bartoshuk, L. M. (1992). Taste and smell. *Clinics in geriatric medicine*, *8*(3), 543-556. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30463-4](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30463-4)

- Whitbourne, S. K. (1985). The psychological construction of the life span. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed., pp. 594–618). Van Nostrand Reinhold23w.
- Wilkinson, J. A., & Ferraro, K. F. (2002). Thirty years of ageism research. En T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 339–358). The MIT Press.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Castriotta, N., Lenze, E.J., Stanley, M.A., and Craske, M.G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and anxiety*, 27, 190-211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
- Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H. W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental review: DR*, 46, 27–43. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002>
- Zahedi-Bidgol, Z., Tagharrobi, Z., Sooki, Z., & Sharifi, K. (2020). Death anxiety and its predictors among older adults. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 30(2), 101-110. <https://doi.org/10.32598/jhnm.30.2.101>
- Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2, Pt.2), 1–27. <https://doi.org/10.1037/h0025848>
- Zebrowitz, L. A., & Montepare, J.M, (2005). PSYCHOLOGY: Appearance DOES Matter. *Science*, 308(5728), 1565–1566. <https://doi:10.1126/science.1114170>
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 20(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>

Zetina, M.G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>

## Anexos

### Anexo 1.

#### *Carta de consentimiento informado*



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD



---

#### Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “**Viejismo y sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en personas mayores del Estado de México: Path analysis**” que se realizará en:

\_\_\_\_\_ a cargo del/la Lic. **Andrea Santos Monroy** estudiante de la maestría en Psicología y Salud del Centro Universitario UAEM Ecatepec, el cual tiene por objetivo: Examinar el vejeismo y la salud mental de los adultos mayores del Estado de México. Dicha realización es importante ya que los hallazgos de la presente investigación ayudarán a generar conocimiento científico y, finalmente, los resultados del estudio podrían: 1) aportar información que permita caracterizar y comprender la discriminación por edad dirigida a los adultos mayores, así como los efectos o relación con la salud mental de esta población, 2) conducir a futuras formas de prevención y erradicación del edadismo y los efectos adversos que provoca en la salud mental de los adultos mayores.

Toda la información que usted proporcione en este estudio será de carácter estrictamente confidencial; utilizándose únicamente por el equipo de investigación y con su posible difusión en congresos, conferencias, coloquios, foros de expertos o artículos científicos y de divulgación, y no estará disponible para ningún otro propósito que no sea académico y/o de investigación. Quedará identificado(a) con un seudónimo o una clave para proteger su privacidad y anonimato.

De acuerdo con el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación con Seres Humanos*, su participación en esta investigación conlleva un riesgo **mínimo** para su salud o para su persona. Los beneficios que obtendrá serán **indirectos**.

Por lo anterior, hago constar que:

Se me informó que las **actividades/procedimientos** consisten en contestar **4 instrumentos y una encuesta sociodemográfica** que tomará(n) aproximadamente **2 horas**. Mi participación consistirá en Responder los cuatro instrumentos y la encuesta sociodemográfica a papel y lápiz.

Mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por lo que estoy en plena libertad de negarme a responder algún cuestionario o de retirarme de la investigación en cualquier momento que así lo decida, sin que esto implique alguna represalia o sanción.

Estoy consciente de que **no recibiré ninguna compensación económica por mi participación**; pero a cambio al término de mi participación, podría recibir: una sesión de educación para comprender el proceso de envejecimiento, el vejeísmo, las diferentes afecciones en la vejez, o cualquier tema de interés dentro de la comunidad. Así mismo, mi participación no me generará costos de ningún tipo ni antes, durante o después de la investigación.

Si deseo obtener más información estoy enterado(a) que puedo contactar a la/el Lic. Andrea Santos Monroy a través del correo electrónico: [asantosm881@uaemex.mx](mailto:asantosm881@uaemex.mx)

o en el teléfono: 5574356170, o al Dr. Arturo Enrique Orozco Vargas, en el correo electrónico: [aorozcov@uaemex.mx](mailto:aorozcov@uaemex.mx) o en el teléfono: 7223503968.

Si desea participar, favor de llenar el siguiente apartado.

### **AUTORIZACIÓN**

Declaro que he leído y comprendido la información, así como resuelto dudas acerca de estas actividades de la investigación, se me ha explicado y me siento satisfecho con la información recibida y finalmente doy mi consentimiento.

Indique si acepta **participar voluntariamente** en la investigación:

Sí, acepto participar ( )

No, acepto participar ( )

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Nombre y firma del participante