



## **CONTENIDO DE LOS HETEROESTEREOTIPOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE EXTREMADURA: INFLUENCIA DE LAS VISITAS AL MÉDICO Y DE LA PERCEPCIÓN DE SU ESTADO DE SALUD.**

**Teresa Gómez Carroza.**

Doctora en Psicología. Dto de Psicología y Antropología. Universidad de Extremadura. Tfno: 615 072 602  
tgomez@unex.es

**María Isabel Polo del Río.**

Doctora en Psicología. Dto de psicología y Antropología Universidad de Extremadura

**Elena Felipe Castaño.**

Doctora en Psicología. Dto de psicología y Antropología. Universidad de Extremadura

**Benito León del Barco.**

Doctor en Psicología. Dto de Psicología y Antropología. Universidad de Extremadura

**Fernando Fajardo Bullón.**

Doctor en Psicología. Dto de psicología y Antropología Universidad de Extremadura

*Fecha de recepción: 3 de Septiembre de 2013*

*Fecha de admisión: 6 de Noviembre de 2013*

### **ABSTRACT**

A negative stereotype about the old age is, for many sectors in the American population, a consistent and stable finding (Harris, 1975 and Tuckman and Lorge, 1953). The nature of the elder person stereotypes not only affects the way in which other age group members perceive and interact with the senior citizens, but it also influences the self-perception and behavior among the elderly subjects. In this article we intend to know the content of the stereotypes that senior citizens from Extremadura have towards their equals, and if the variables visits to the doctor and perception of their health status make an influence on stereotyping their equals. For this purpose, we passed a list of adjectives which measured the heterostereotypes of the elder people and we registered the perception of their health and the visits to the doctor.

From the analysis developed we can conclude that the variable visits to the doctor affects the way the senior citizen perceives and stereotypes other senior citizens, however, the perception of their own health status does not influence the stereotypical beliefs that they have towards their age group.

**Key words:** elder people, attitudes, stereotypes and heterostereotypes.

### **RESUMEN**

Un estereotipo negativo sobre la vejez es, para amplios sectores de la población americana, un hallazgo consistente y estable (Harris, 1975 y Tukman y Lorge, 1953). El carácter del estereotipo del anciano afecta no sólo a la forma en que los otros componentes de los grupos de edad perciben e interactúan con los ancianos, sino que también influye en la autopercepción y comportamiento entre los sujetos ancianos. En este artículo pretendemos conocer el contenido de los estereotipos que los



ancianos extremeños tienen de su grupo de iguales y si las variables visitas al médico y percepción sobre su estado de salud influyen a la hora de estereotipar a su grupo de iguales. Para ello pasamos una lista de adjetivos que median los heteroestereotipos de los ancianos y registramos la percepción de su salud y las visitas realizadas al médico.

De los análisis realizados podemos concluir que la variable visitas al médico influye en como el anciano percibe y estereotipa a los otros ancianos, sin embargo, la percepción de su propio estado de salud no influye en las creencias estereotípicas que mantienen sobre su grupo de edad.

**Palabras claves:** ancianos, actitudes, estereotipos y heteroestereotipos.

## INTRODUCCIÓN

El estudio sobre los estereotipos ha sido un tema recurrente dentro del ámbito de la Psicología Social desde que, hace ya más de medio siglo, Lippmann (1922) los definió como una percepción incorrecta producida por razonamientos ilógicos y rígidos sobre un grupo étnico. Desde entonces, una de las cuestiones que más ha interesado a los científicos sociales respecto a los estereotipos ha sido tener conocimientos sobre su contenido, y los primeros análisis sobre el contenido de los mismos se remontan a Katz y Braly (1933). Originariamente el concepto de estereotipo no estuvo relacionado con la edad, pero no tardó mucho en convertirse en un punto central en la explicación del rol de anciano. Tuckman y Lorge (1953) fueron los pioneros en recoger información sobre cómo eran vistos los ancianos por personas cercanas a ellos y en construir un cuestionario de 137 proposiciones que describen a tal tipo de personas. A partir de entonces se han ido sucediendo una serie de investigaciones que nos desvelan una imagen de la persona mayor desvalida y sin recursos, muchas veces considerada hasta un obstáculo para el propio progreso (Arnhoff, León y Lorge, 1964).

El carácter del estereotipo de anciano afecta no sólo a la forma en que otras personas, normalmente más jóvenes, lo perciben e interactúan con él, sino que también influye en la autodefinición y comportamiento de los propios ancianos. El carácter del estereotipo de anciano afecta no sólo a la forma en que otras personas, normalmente más jóvenes, lo perciben e interactúan con él, sino que también influye en la autodefinición y comportamiento de los propios ancianos. Fernández, C. (2003) realizó un estudio con una muestra de 2334 sujetos, con edad igual o superior a los 65 años, concluyendo que existe una relación entre la percepción de ciertos rasgos vinculados a la tercera edad y el grado de dependencia, de forma que las personas dependientes, adoptan una visión más negativa de sí mismos, conforme a los tradicionales estereotipos referidos a las personas de edad avanzada. En gerontología se ha acuñado el término "edadismo" para referirse al concepto peyorativo de alguien basado en su avanzada edad cronológica (Bulter y Lewia, 1982). Este término implica una visión estereotipada y despectiva sobre un grupo social que es visto diferente en sus opiniones, afectos, necesidades, etc. No sólo la población en general puede tener esta visión negativa, también la propia persona en esas edades, puede llegar a interiorizar esta visión estereotipada de tan presente como está en nuestra sociedad. En este sentido, McGuire, Klein y Chen (2008) afirman que el edadismo produce en la persona la creencia de que el deterioro en su estado de salud está asociado a su propio proceso de envejecimiento.

Siendo conscientes que a todo ello se unen los efectos del sistema de creencias culturales de nuestra sociedad, ya que al sobrevalorar la autonomía puede fomentar la merma de la autoestima y promover impacto emocional negativo en los mayores que por problemas de salud se ven obligados a depender de otras personas (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992; Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1999; Fernández Ballesteros, Díez Nicolás y Ruiz Torres 1999). Para conocer el estado de salud de las personas se utiliza en muchos estudios la percepción del bienestar o malestar del cuerpo, como un indicador válido que sintetiza el balance entre el estado físico y el mental, está poco condicionado por las interpretaciones médicas de los síntomas y resulta un buen predictor de la mortalidad (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000).



En esa dirección resulta útil relacionar la percepción de la salud con los apoyos recibidos. Un estudio comparativo entre Costa Rica, España e Inglaterra mostró escasas asociaciones entre la presencia de redes sociales y una buena percepción del estado de salud. A pesar de ello, algunos resultados sugieren que la convivencia conyugal tuvo efectos claramente positivos sobre el estado de salud en las edades más avanzadas y, por el contrario, que la coresidencia con los hijos, en buena medida para satisfacer las necesidades de cuidados, se asociaba con una percepción de la salud más deficiente (Puga et al., 2007)

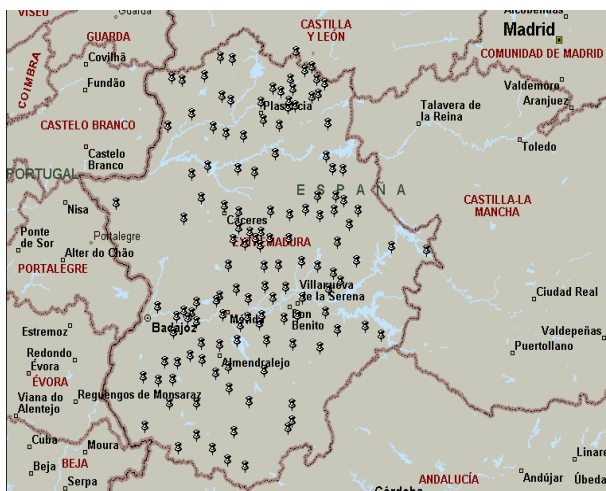
Consideramos importante y significativo el estudio diferenciado de la imagen estereotípica que mantienen los ancianos sobre sí mismos como grupo (heteroestereotipo), por la notable falta de estudio sobre este aspecto, seguido por la importancia numérica que este grupo definido desde el punto de vista legal está alcanzando en la pirámide poblacional. Con nuestro estudio queremos describir de forma compacta el contenido de los estereotipos y verificar la existencia de diferencias ligadas a la variable visitas al médico, con otra finalidad diferente a la que Sáez, Meléndez y Aleixandre (1994) usaron a quienes les interesaba hallar diferencias entre prejubilados y jubilados, a nosotros nos interesan las diferencias que el factor perceptivo sobre su salud ejercen en la manera de estereotipar; ya que la población referida en nuestro estudio presenta unas características muy peculiares, por su misma edad cronológica nos remiten a los años inmediatos anteriores y posteriores a la guerra civil española y por consiguiente han tenido que vivir y acomodarse a las más diversas y para ellos complicadas situaciones, nosotros pensamos que esta variable influirá en la dirección positiva o negativa de los estereotipos.

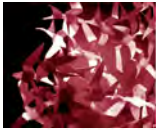
## MÉTODO

### Participantes

En nuestra investigación recogimos una muestra de 539 sujetos mayores de 65 años que habitan a lo largo de la geografía extremeña, habitan por tanto igualmente en entornos rurales y urbanos e igualmente se encuentra representados los que habitan en residencias familiares y los que viven en residencias. Nos pareció importante salvar sesgos como estos ya que nos encontramos estudios en los que desconocemos la procedencia de los ancianos y en otras aparecen sesgos tan importantes como que los sujetos proceden de residencias o asilos, con los consiguientes problemas que conlleva a la hora de generalizar los resultados.

Figura 1.- Distribución territorial de los sujetos de muestra. N= 539



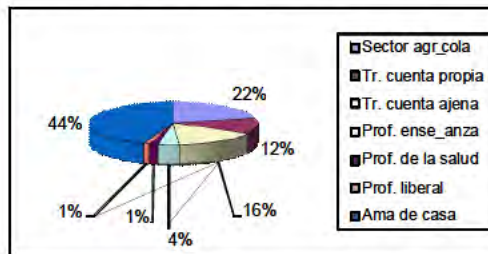


La descripción de la muestra por género de los 539 sujetos el 57% son mujeres y el 43% son varones. Respecto a la edad, esta se dividió en cinco intervalos: (65-69): 158 sujetos; (70-74): 146 sujetos; (75-79): 126 sujetos; (80-84): 80 sujetos; Más de 85: 29 sujetos.

En relación al estado civil, predomina el de casado, el 53% seguido de los viudos, 38%, el estado civil soltero representa el 7% y tanto divorciados como viviendo en pareja representan el 1%.

En la Figura 2 aparecen los porcentajes relativos a las diferentes profesiones desempeñadas antes de la jubilación, predomina el sector agrícola para el sexo masculino y las amas de casa para el sexo femenino, siendo porcentualmente pocos los sujetos en ambos sexos con profesiones cualificadas.

Figura 2.-Porcentaje de profesión anterior.



### Instrumento

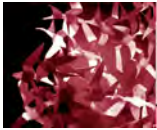
**Cuestionario de Estereotipos:** Con este cuestionario se pretendió identificar el contenido de los estereotipos que sostienen los mayores sobre su grupo. Pretendemos recoger los heteroestereotipos de las propias personas mayores, considerando esta opción la más interesante y la menos citada en las referencias estudiadas que apuntan a la recogida de rasgos propios de los mayores vistos desde otros grupos de edad.

El cuestionario consta de 30 ítems de adjetivos positivos y negativos. Para facilitar la comprensión y la medida del grado del heteroestereotipo se ha confeccionado una escala tipo Likert, correspondiendo, en el continuo preguntado sobre cada uno de los adjetivos seleccionados, el 1 a la ausencia de caracterización, "nada" y 5 a la máxima caracterización, "mucho".

Con objeto de simplificar la interpretación de los 30 estereotipos seleccionados como más representativos, sometimos los datos a un análisis factorial de los componentes principales, con rotación Varimax. A continuación en la tabla 1 mostramos los cuatro factores obtenidos y su varianza.

Tabla 1.- Porcentaje de varianza explicado por los factores del heteroestereotipo.

Heteroestereotipo	% de varianza	% acumulado
Negativo	22,771	22,771
Positivo	10,300	33,070
Pueril	5,489	38,559
Social	4,187	42,746



El primer factor definido como “Heteroestereotipo negativo” tiene una varianza explicada del 22,771. Como podemos observar en la tabla 2 todos los heteroestereotipos integrantes de este factor hacen referencia a la percepción negativa, con particular reflejo a la inadaptación física en el desenvolvimiento e inadaptación social. En conjunto reflejarían el sentimiento de inutilidad con el que los ancianos ven al resto de los ancianos.

Tabla 2. – Componentes del heteroestereotipo negativo.

<b>Heteroestereotipo negativo</b>	
Achacosos	0,691
Pesimistas	0,664
Machacón	0,587
Lentos	0,542
Chochos	0,539
Pesados	0,505
Malhumorado	
s	0,490
Irritables	0,490
Suceptibles	0,473
Preocupados	0,460
Sabios	0,340

El segundo factor encontrado se ha definido como “Heteroestereotipo positivo”, explica el 10,300 de la varianza. En la tabla 3 podemos ver como esta segunda agrupación hace referencia a valores sociales positivos, orientados hacia la relación con otros individuos.

Tabla 3.- Componentes del heteroestereotipo positivo

<b>Heteroestereotipo positivo</b>	
Generoso	0,752
Bondadoso	0,729
Cariñoso	0,639
Confiado	0,604
Comprensivo	
s	0,476
Pacientes	0,470
Sinceros	0,418
Sencillos	0,411

El tercer factor explica el 5,489 % de la varianza en el conjunto de los 4 factores seleccionados. Lo hemos llamado “Heteroestereotipo pueril”. En la tabla 4 situada a continuación, podemos ver los componentes, así como la varianza explicada por cada uno de ellos.

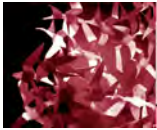


Tabla 4.- Componentes del heteroestereotipo pueril.

<b>Heteroestereotipo</b>	
<b>pueril</b>	
Caprichosos	0,683
Infantiles	0,661
Raros	0,596
Cotillas	0,517
Maniáticos	0,471

En la definición y denominación de este factor predominan los aspectos regresivos hacia la niñez que de alguna forma vienen asociados a la pérdida de responsabilidad en las actuaciones.

El cuarto factor encontrado ha sido definido como "Heteroestereotipo social", explicando el 4,187% de la varianza. En la tabla 5 se presentan los heteroestereotipos que lo componen. Se ha utilizado el término social por ser esta agrupación la que situaría al sujeto en un plano de eficacia importante en el comportamiento con el entorno y por la agrupación y la valoración de utilidad y sociabilidad.

Tabla 5.- Componentes del heteroestereotipo social.

<b>Heteroestereotipo</b>	
<b>social</b>	
Útiles	0,719
Sociables	0,623
Flexibles	0,614
Divertidos	0,570
Solitario	-0,460
Respetables	0,369

## RESULTADOS

En la Tabla 6. aparecen los resultados de los valores de tendencia central y dispersión de las puntuaciones en la variable heteroestereotipo, según la percepción de la salud de nuestros sujetos, vemos que los grupos que mayor media obtienen en los heteroestereotipos negativos son los que consideran su salud mala; para los heteroestereotipos positivos son los que consideran que su salud es mala y muy mala los que mayor media presentan, para los heteroestereotipos pueriles, como era de esperar, nuevamente son los que perciben su salud como muy mala los que mayor media presentan En los heteroestereotipos sociales son los grupos que consideran su salud como normal los de mayor media y los que perciben su salud como mala y muy mala los que menos heteroestereotipos mantienen. Finalmente en los heteroestereotipos generales consecuentemente con lo anteriormente visto son los que perciben su salud como muy mala los que más heteroestereotipos generales tienen.

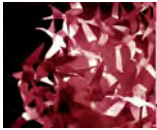
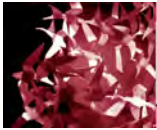


Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la variable heteroestereotipos negativos, positivos, pueriles, sociales y generales para la variable salud

Heteroestereotipos	Salud	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Negativos	Muy Mala	12	38,833	10,539	22	52
	Mala	117	39,393	7,338	16	54
	Normal	248	38,488	7,203	16	54
	Buena	132	36,795	8,599	15	53
	Muy buena	30	38,067	8,120	23	50
Positivos	Muy Mala	12	30,583	6,156	23	40
	Mala	117	29,957	5,313	17	40
	Normal	248	29,496	5,159	11	40
	Buena	132	29,409	5,566	10	40
	Muy buena	30	28,000	6,491	15	39
Pueril	Muy Mala	12	15,500	6,460	7	24
	Mala	117	14,479	4,937	5	24
	Normal	248	14,891	4,465	5	25
	Buena	132	14,205	4,984	5	23
	Muy buena	30	14,667	5,591	5	25
Social	Muy Mala	12	20,250	3,251	15	25
	Mala	117	20,427	3,597	10	28
	Normal	248	21,577	3,415	12	30
	Buena	132	21,258	3,763	10	29
	Muy buena	30	21,333	3,604	12	27
General	Muy Mala	12	105,16	11,224	87	120
	Mala	117	104,25	10,946	73	137
	Normal	248	104,45	11,444	67	137
	Buena	132	101,66	12,795	71	134
	Muy buena	30	102,06	8,909	85	116



A continuación analizamos mediante la prueba ANOVA si las diferencias encontradas en las medias de las diferentes formas de percibir su salud para los diferentes estereotipos son significativas y comprobamos en la Tabla 7 que no son estadísticamente significativas.

Tabla 7. Resultados prueba ANOVA. Variables Heteroestereotipos negativos, positivos, pueriles sociales y generales para la variable Salud. N=539

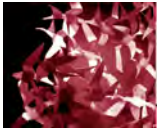
Heteroestereotipos	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Negativos	Inter-grupos 4	112,822	1,890	0,111
Positivos	Inter-grupos 4	26,752	0,919	0,452
Pueril	Inter-grupos 4	13,149	0,568	0,686
Social	Inter-grupos 4	29,201	2,317	0,056

A continuación, buscamos diferencias significativas en los heteroestereotipos asociadas a las visitas al médico. En la Tabla 8 podemos ver los valores de tendencia central y dispersión de las puntuaciones en la variable heteroestereotipos según las visitas al médico que realizan los sujetos de nuestra muestra. Las puntuaciones medias más altas en el heteroestereotipo negativo corresponden como se podía esperar, a los sujetos que visitan al médico como término medio más de una vez a la semana y los que menos puntúan los que no van al médico nunca o casi nunca. En el heteroestereotipo positivo las puntuaciones medias están muy igualadas y solamente se desvían ligeramente los sujetos que visitan al médico a cada quince días como término medio.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la variable heteroestereotipos según las visitas al médico

Heteroestereotipos	Visitas al médico	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Negativos	Más 1 vez semana	28	39,250	6,586	26	49
	Una vez semana	65	38,815	7,508	21	52
	Cada 15 días	110	38,909	6,759	16	54
	Una vez al mes	207	38,324	7,747	19	54
	Casi nunca	129	37,085	8,812	15	53
	Positivos	Más 1 vez semana	28	29,107	5,350	20
Una vez semana		65	29,400	5,411	18	40
Cada 15 días		110	30,445	4,936	19	40
Una vez al mes		207	29,444	5,456	10	40
Casi nunca		129	28,984	5,647	15	40
Pueril		Más 1 vez semana	28	15,964	3,939	8
	Una vez semana	65	14,646	4,748	5	23
	Cada 15 días	110	14,936	4,614	6	24
	Una vez al mes	207	14,541	4,812	5	25
	Casi nunca	129	14,233	5,146	5	25





<b>Social</b>	Más 1 vez semana	28	21,000	3,662	14	28
	Una vez semana	65	20,400	3,643	13	30
	Cada 15 días	110	21,473	3,292	10	28
	Una vez al mes	207	21,609	3,694	10	29
	Casi nunca	129	20,783	3,462	12	30
<b>General</b>	Más 1 vez semana	28	105,321	9,549	87	121
	Una vez semana	65	103,262	10,355	78	127
	Cada 15 días	110	105,764	10,505	79	137
	Una vez al mes	207	103,918	12,605	67	137
	Casi nunca	129	101,085	11,415	75	129

Para el heteroestereotipo pueril son nuevamente los sujetos que visitan al médico más de una vez a la semana los que mayores puntuaciones media obtienen con una desviación típica menor, presentándose como un grupo muy compacto. Para el heteroestereotipo social, los sujetos que visitan al médico cada quince días y los que no van al médico casi nunca son los que menos puntuación media obtienen y finalmente para el estereotipo general de nuevo los sujetos que no van casi nunca al médico son los de menores puntuación media y los que van dos o más veces en semana los de mayor puntuación.

A continuación analizamos mediante la prueba ANOVA si las diferencias encontradas en las medias para los diferentes heteroestereotipos son significativas y comprobamos en la Tabla 9 que son estadísticamente significativas para los heteroestereotipos generales.

Tabla 9. Resultados prueba ANOVA. Variables heteroestereotipos negativos, positivos, pueriles sociales y generales para la variable visitas al médico. N=539

Heteroestereotipos	Visitas Médico	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Negativos</b>	Inter-grupos	4	68,169	1,135	0,339
<b>Positivos</b>	Inter-grupos	4	34,521	1,188	0,315
<b>Pueril</b>	Inter-grupos	4	20,548	0,889	0,470
<b>Social</b>	Inter-grupos	4	26,974	2,138	0,075
<b>General</b>	Inter-grupos	4	360,500	2,720	<b>0,029</b>

Nivel de significación \* 5%

En la Tabla 10 vemos los resultados de la prueba Scheffé para el heteroestereotipo general. Queremos analizar entre que grupos se establecen las diferencias encontradas en la prueba ANOVA y comprobamos que las diferencias se establecen entre el grupo que no va casi nunca al médico y los que van cada quince días.



Tabla 10. Resultados prueba Scheffe Variable Heteroestereotipos generales para la variable

Hetero- estereotipo	Visitas al médico	Visitas al médico	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
General	Más de una vez a la semana	Una vez a la semana	2,060	2,602	0,960
		Cada 15 días	-0,442	2,437	1,000
		Una vez al mes	1,404	2,318	0,985
		Casi nunca	4,236	2,400	0,539
	Una vez a la semana	Más de una vez a la semana	-2,060	2,602	0,960
		Cada 15 días	-2,502	1,801	0,749
		Una vez al mes	-0,656	1,637	0,997
		Casi nunca	2,176	1,751	0,819
	Cada 15 días	Más de una vez a la semana	0,442	2,437	1,000
		Una vez a la semana	2,502	1,801	0,749
		Una vez al mes	1,846	1,358	0,764
		Casi nunca	4,678	1,494	<b>0,045</b>
	Una vez al mes	Más de una vez a la semana	-1,404	2,318	0,985
		Una vez a la semana	0,656	1,637	0,997
		Cada 15 días	-1,846	1,358	0,764
		Casi nunca	2,833	1,291	0,308
Casi nunca	Más de una vez a la semana	-4,236	2,400	0,539	
	Una vez a la semana	-2,176	1,751	0,819	
	Cada 15 días	-4,678	1,494	<b>0,045</b>	
	Una vez al mes	-2,833	1,291	0,308	

Nivel de significación \* 5%

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De nuestros datos se desprende que, no existen diferencias significativas en la estructura del heteroestereotipo y no existen diferencias significativas asociadas al estado de salud en las variables heteroestereotipo negativo, positivo, social, pueril y general,

Según Fernández (2003) las personas de edad avanzada que se encuentran en situación de dependencia, manifiestan una percepción más negativa y consecuentemente más ajustada a los estereotipos sobre la vejez. Coincide con el estudio realizado por Sánchez, Trianes y Blanca (2009), donde se concluye que a medida que las personas son más mayores tienden a asumir en mayor grado los estereotipos negativos acerca del factor salud, resultado coherente con la realidad de que en edades más avanzadas, es más fácil que exista el riesgo de la aparición de enfermedades y de dependencia. Sin embargo, es a partir de cierta edad, en concreto a partir de los 80 años, cuando las personas presentan un menor grado de creencia en estos estereotipos, que las que son inmediatamente más jóvenes (Lehr, 1980; Unger, Johnson y Marks, 1997; Sánchez, Trianes, y Blanca, 2009).



Al interrogar sobre la frecuencia de visitas al médico intentando contrastar sin producir mecanismos reactivos, pero también a partir de las respuestas subjetivas del entrevistado aparecen pequeñas diferencias significativas entre los subgrupos creados en función de la frecuencia de visitas. Las diferencias se establecen entre los que casi nunca visitan al médico y los que lo visitan cada 15 días, puntuaciones extremas del continuo medido ligadas al heteroestereotipo general. Se infiere de estos resultados que probablemente la medida del estado de salud del anciano realizada de forma objetiva puede influir en la imagen percibida del resto del grupo, aunque esta influencia se mantiene baja. La tendencia obtenida es que los sujetos que visitan al médico frecuentemente tienden a puntuar más salientemente en el estereotipo, más alto o más bajo sobre la media de los adjetivos, que los sujetos que lo visitan con poca frecuencia. Con estas conclusiones coincidimos parcialmente con Sáez y cols. (1994) para quienes los sujetos que más visitas realizan al médico tienen más estereotipos negativos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. R. (1989). *Later Life*. Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates
- Fernández, C. (2003). Estereotipos sobre la vejez y niveles de dependencia. *Geriátrika*, 19, 32-38.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- McGuire S.L., Kein, D.A. y Chen, S. (2008). Ageism revisited: a study measuring ageism in East Tennessee. *Nursing and Health Sciences*, 10, 11-16.
- Orcutt, J. D. (1973). Societal reaction and the response to deviation in small groups. *Social Forces*, nº 52, pp. 259-267.
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007) "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra", en *Población y Salud en Mesoamérica*, Volumen 5, Nº 1, Artículo 1, Número especial CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable.
- Rohlf, I., Borrell, C. y Fonseca, M. C. (2000) "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos", *Gaceta Sanitaria* 14, supl.3 pp. 60-71.
- Sáez Narro, N. Y Col. (1994). Los Estereotipos en los Ancianos: Un Estudio Empírico y sus Resultados. *Revista de Psicología de la Educación*. Vol. 14, Pp 75-89. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia.
- Schultz, A. (1974). *Social Psychology in P. F. Secord & C. W. Backman*,. Eds McGraw-Hill, Nueva York.
- Slotterback, C. S. (1996). Projections of aging: Impacto Generational Differences and the aging Process on Perceptions of Adults. *Journal of Gerontology*, vol. 24(3), pp. 552-559.
- Unger, J. B., Johnson, C. y Marks, G. (1997). Functional decline in the elderly : evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*. Publication of the Society of Behavioral Medicine, 19(2), 152-160.

