



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

RELEVANCIA DE LAS ACTITUDES VIEJISTAS EN PROFESIONALES DE LA
SALUD EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestra en
Investigación Médica Línea Terminal Geriatria

Presenta:

Verónica Hernández Valle

Dirigido por:

M en G Alejandro Guevara Álvarez

M en G. Alejandro Guevara Álvarez

Presidente

Med. Esp. Guillermo Lazcano Botello

Secretario

MC. José Juan García González

Vocal

ME. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Med. Esp. Raúl López Arvizu

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario Agosto 2020.
México

Resumen

Introducción: El término viejismo del inglés “ageism”, fue acuñado en 1969 por Dr. Robert Butler, y define el conjunto de prejuicios, discriminaciones y estereotipos que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad o apariencia. En una visión viejista en el área de la salud, podemos encontrar 3 aspectos principales: Actitudes perjudiciales hacia la vejez y envejecimiento, prácticas discriminatorias, políticas institucionales que perpetúan los estereotipos negativos hacia las personas mayores.

Objetivo: Identificar la relevancia de actitudes viejistas en profesionales del área de la salud en la atención de las personas mayores.

Material y métodos: Investigación aplicada, mixta, observacional, descriptiva, analítica y transversal dirigida al personal de la salud. El muestreo fue por conveniencia. Las variables del estudio son sociodemográficas y variables cualitativas que incluye los componentes afectivos, cognitivos y conductuales presentes en el viejismo. Se utilizó la “Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan” y una entrevista estructurada para el análisis del discurso. El análisis estadístico fue descriptivo.

Resultados: Se aplicaron 40 cuestionarios. Se realizó estadística de fiabilidad para el instrumento obteniendo un Alfa de Crombach de 0.740. Los resultados indican que el 72.5% de todos los profesionales se encuentra en una clasificación de visión intermedia sobre la vejez, el 27.5% tuvieron una visión positiva y no se encontró ningún profesional con puntaje dentro de la clasificación negativa. No se encontró validez estadística para demostrar relación entre actitudes viejistas y actividad profesional, tampoco se encontró relación por tiempo de práctica. Se realizaron 9 entrevistas.

Conclusiones: Existen actitudes viejistas en los profesionales de la salud en intervalo intermedio. Persiste una idea de un modelo deficitario del envejecimiento reforzando conceptos como: deterioro físico, deterioro intelectual y abandono. Se encontraron estereotipos paternalistas que consideran a las personas mayores más vulnerables y estereotipos negativos sobre el carácter. Referente a las conductas hacia las personas mayores, todos los profesionales expresan un trato respetuoso, afectivo y de negociación con sus pacientes.

Palabras clave: viejismo, estereotipos, prejuicios, actitudes, profesional de la salud.

Summary

Introduction: The term "ageism", was coined in 1969 by Dr. Robert Butler, and defines the set of prejudices, discriminations and stereotypes that confront the elderly simply based on their age or appearance. In an ageism vision in the health area, we can find 3 main aspects: Harmful attitudes towards old age and aging, discriminatory practices, institutional policies that perpetuate negative stereotypes towards older people.

Objective: To identify the relevance of ageism in health professionals in the care of the elderly.

Material and methods: Applied, mixed, observational, descriptive, analytical and transversal research directed at health personnel. Sampling was for convenience. The study variables are sociodemographic and qualitative variables that include the affective, cognitive and behavioral components present in ageism. "Kogan's Attitudes towards older people" and a structured interview for the analysis of the discourse were used. The statistical analysis was descriptive.

Results: 40 questionnaires were applied. Reliability statistics were performed for the instrument, obtaining a Cronbach's Alpha of 0.740. The results indicate that 72.5% of all professionals are in an intermediate vision classification on old age, 27.5% had a positive vision and no professional with a score within the negative classification was found. No statistical validity was found to demonstrate a relationship between old age attitudes and professional activity, nor a relationship by time of practice was neither found. 9 interviews were conducted.

Conclusions: There are ageisms attitudes in health professionals in the intermediate interval. An idea persists of a deficit model of aging reinforcing concepts such as: physical deterioration, intellectual deterioration and abandonment. Paternalistic stereotypes were found that consider older people more vulnerable and negative stereotypes about character. Regarding the behaviors towards the elderly, all the professionals express a respectful, affective and negotiating treatment with their patients.

Key words: Ageism, stereotypes, prejudices, attitudes, health professional.

Dedicatorias

Dedico este trabajo:

A mi compañero de vida Rene Estrada Estrada, por inspirarme
Gracias por todo tu apoyo, por las risas, por los momentos
por los sueños y por ser mi grillo
Te amo

A toda mi familia
A mis padres Carmen y Jorge, por su amor incondicional
por confiar siempre en mí, por ser mi ejemplo y mi guía
Gracias por sus enseñanzas y valores

A mis hermanos por ser mis mejores amigos y apoyarme siempre

A mis sobrinos, son mis personas favoritas

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Alejandro Guevara Álvarez y al Dr. Guillermo Lazcano Botello por compartir sus conocimientos por la paciencia y por toda la alegría que muestran al enseñar, por su compromiso para la atención de las personas mayores y la pasión que ponen en su trabajo.

A la Universidad Autónoma de Querétaro por abrirme sus puertas y brindarme un espacio para adquirir conocimientos.

A mi amiga María Eustolia Pedroza Vargas porque en ella encontré un aliado para expresar mi gusto en la atención de las personas mayores.

A todos los que participaron en este estudio por su tiempo y confianza. A los entrevistados por contarme sus experiencias.

A todos mis maestros y revisores por sus comentarios y enseñanzas.

Índice

| Contenido | Página |
|---------------------------------------|---------------|
| Resumen | i |
| Summary | ii |
| Dedicatorias | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Índice de cuadros | vii |
| Índice de graficas | viii |
| Índice de tablas | ix |
| Abreviaturas y siglas | x |
| I. Introducción | 1 |
| II. Antecedentes | 4 |
| II.1 Viejismo | 6 |
| II.2 Estereotipos | 10 |
| II.3 Prejuicios | 11 |
| II.4 Actitudes | 12 |
| II.5 Viejismo en personal de la salud | 14 |
| III. Fundamentación teórica | 17 |
| IV. Hipótesis o supuestos | 19 |
| V. Objetivos | 21 |
| V.1 Objetivo general | 21 |
| V.2 Objetivos específicos | 21 |
| VI. Material y métodos | 22 |
| VI.1 Tipo de investigación | 22 |
| VI.2 Población | 22 |
| VI.3 Muestra y tipo de muestra | 22 |
| VI.3.1 Criterios de inclusión | 23 |
| VI.3.2 Variables estudiadas | 24 |
| VI.4 Técnicas e instrumentos | 25 |
| VI.5 Procedimientos | 28 |

| | |
|---|-----------|
| VI.5.1 Análisis Estadístico | 30 |
| VI.5.2 Consideraciones éticas | 31 |
| VII. Resultados | 32 |
| VII.1 Resultados de entrevistas | 40 |
| VIII. Discusión | 47 |
| IX. Conclusiones | 51 |
| X. Propuestas | 52 |
| XI. Bibliografía | 53 |
| XII. Anexos | 58 |
| Anexo 1. Solicitud de permiso Institución | 58 |
| Anexo 2. Entrevista | 59 |
| XII.1 Hoja de recolección (anexo 3) | 61 |
| XII.2 Instrumento (anexo 4) | 62 |
| XII.3 Consentimiento informado (anexo 5) | 66 |
| Anexo 6. Cuadro operacional de variables | 67 |
| Anexo 7. Entrevistas completas | 71 |

Índice de cuadros

| Cuadro | | Página |
|---------------|--|---------------|
| 1 | Efectos de los estereotipos negativos en las personas mayores. | 10 |
| 2 | Clínicas participantes | 29 |
| 3 | Entrevistados profesión y genero | 40 |

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Índice de Graficas

| Grafica | | Página |
|----------------|--|---------------|
| 1 | Flujograma de actividades | 28 |
| 2 | Participantes por genero | 32 |
| 3 | Participantes por Actividad profesional | 33 |
| 4 | Porcentaje de respuestas a la pregunta ¿Conoce el concepto viejismo? | 34 |
| 5 | Tendencia de escala hacia los adultos mayores de Kogan. | 35 |
| 6 | Tendencia Kogan & Actividad Profesional | 37 |
| 7 | Tendencia Kogan & Tiempo de practica profesional | 39 |

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Índice de tablas

| Tablas | | Página |
|---------------|---|---------------|
| 1 | Frecuencias absolutas y relativas por genero | 32 |
| 2 | Frecuencias absolutas y relativas por actividad profesional | 33 |
| 3 | Frecuencias absolutas y relativas pregunta ¿Conoces el concepto viejismo? | 34 |
| 4 | Resultados tendencia de escala Kogan | 35 |
| 5 | Prueba de X^2 Diagnostico Kogan & Actividad profesional | 36 |
| 6 | Prueba de X^2 Diagnostico Kogan & tiempo de práctica profesional. | 38 |

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Abreviaturas y siglas

Ageism: Viejismo

ASALE: Asociación de academias de la lengua española.

E: Entrevista

FSA: The Fraboni Sacale

ILC: International Longevity Center

KAOP: Kogan's Attitudes towards older people

KAOP: Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan

LGTB: Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero

OMS: Organización mundial de la salud

PM: Persona mayor

RAE: Real academia española

SPSS: Statical Package for the Social Sciences

UAQ: Universidad Autónoma de Querétaro.

X²: Chi cuadrada

Dirección General de Bibliotecas UAQ

I. Introducción

El envejecimiento de la población en México se ha hecho evidente a partir de la última década del siglo XX, e inevitablemente, será el cambio demográfico más notorio del siglo XXI. La forma más utilizada de definir a la población de personas mayores es a través de la edad alcanzada. Se ha utilizado la edad de 60 años y más para referirse a esta población.

Los censos en México hacen notar que el número de personas de 60+ aumentó paulatinamente entre 1970 y 2010, al pasar de 1.8 a 7.0 millones. Después del 2010 las proyecciones muestran una aceleración en el crecimiento de la población de 60+, esperando que sean 28.7 millones en 2050. (Ham, Roberto, 2011).

Este cambio poblacional ha propiciado el interés en investigar todo lo relacionado con la vejez y el envejecimiento. Es importante mencionar que cuando se estudian estos procesos debe ser una premisa para el investigador entender cuál es la imagen social que se tiene hacia las personas mayores y el proceso de envejecer.

Se debe considerar que la transición demográfica que vive nuestro país y que está dando como resultado el cambio de la pirámide poblacional en la cual aumenta la proporción de personas mayores, ocasiona que el profesional de la salud con mayor frecuencia brinde atención a este grupo etario.

Las organizaciones mundiales en salud destacan la importancia de realizar investigaciones sobre el envejecimiento y lo asociado a temas relacionadas con la edad. Estos conocimientos permitirán tomar decisiones y formular acciones que beneficien a esta población.

La percepción del envejecimiento y la vejez están originados por factores culturales, sociales, familiares, personales y de educación e influyen en nuestra conducta. Así que, cuando se atiende a personas mayores estas ideas están presentes. En la actividad profesional y en el trabajo con personas mayores se perciben estas actitudes con frecuencia.

La literatura nos dice que el viejismo es considerado uno de los prejuicios más generalizados de la sociedad humana. (Gutman, G. Spencer, C., 2010). Es importante identificar la existencia de este fenómeno ya que en muchas ocasiones es casi inconsciente e imperceptible y se pone de manifiesto en nuestras actividades diarias.

En los profesionales de la salud se ha señalado que tienen dificultad para reconocer la presencia de procesos patológicos en las personas mayores, ya que, asocian de forma natural la edad con la fragilidad y la debilidad y se puede llegar a utilizar la edad como un indicador para explicar el estado de su paciente, variando el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento, en comparación con adultos de menor edad. (Franco, M. Villarreal, E, 2010).

La gerontología social encuentra como una limitante en la atención de las personas mayores el contar con una visión errónea de la vejez y el envejecimiento, que configuran nuestra identidad y nuestro valor moral (Bernard, M. and Scharf, T., 2007). La atención de las personas mayores, debe caracterizarse por respeto mutuo, pleno reconocimiento de la autonomía, de la integridad y la dignidad.

Muchos estudios se han centrado en identificar la prevalencia del viejismo, sin embargo, resulta importante comprender este fenómeno basado en las experiencias de los profesionales de la salud.

Las reacciones negativas hacia las personas mayores afectan a los individuos de manera importante en diversos escenarios: laborales, sociales, familiares etc. Se considera pertinente conocer sobre el vejeismo para el entrenamiento de profesionales de la salud que atienden a las personas mayores y juegan un papel central en el proceso de toma de decisiones y aprobación de leyes que afectaran directamente a este sector de la población. (Hernández-Pozo, R., Torres M, y Col., 2011).

Esta investigación parte del cuestionamiento ¿Qué relevancia tienen las actitudes viejistas de los profesionales de la salud en la atención de las personas mayores?. El diccionario de la lengua española describe relevancia como una condición que es importante, que tiene significación o trascendencia(RAE, 2020). Así que, es algo que resulta fundamental en nuestro actuar cotidiano.

II. Antecedentes

El término vejeismo del inglés “ageism”, fue acuñado en 1969 por Dr. Robert Butler y define el conjunto de prejuicios, discriminaciones y estereotipos que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad o apariencia. (Butler, R. N., 1969). El termino Ageism, fue traducido al castellano y estudiado por Salvarezza en 1999. (Salvarezza, L., 1999). El vejeismo incluye, según Palmore, prejuicios (creencias y actitudes) y discriminaciones (acciones). (Palmore EB., 1999).

La emergencia de culturas viejistas se atribuye a factores históricos tales como: el desarrollo tecnológico, la industrialización, la competencia económica y los cambios en las actitudes sociales.

La literatura multidisciplinaria sobre envejecimiento explica la emergencia del vejeismo, en gran medida, con los cambios en la organización social que resultaron de la industrialización y del crecimiento de la economía de mercado. Durante el siglo XIX los avances en la tecnología, en la salud pública y en la medicina redujeron la mortalidad infantil e incrementaron la expectativa de vida.

La industrialización ha sido el factor crucial en la emergencia histórica del vejeismo. El estatus social de los viejos estaba basado en la organización de instituciones tales como; la familia, la economía y el sistema político. En las sociedades agrícolas preindustriales los viejos ocupaban típicamente posiciones de alto status social debido a su control sobre recursos cruciales como: información, tierras, autoridad familia y política. La industrialización alteró fundamentalmente la organización de estas instituciones sociales y con ello la posición social de los viejos. (Triadó, C., 2015).

Al igual que otras formas de discriminación, el vejeismo involucra procesos psicosociales por los cuales los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados de acuerdo con estereotipos basados en la afiliación grupal. (McGowan, T, 2007).

La relación entre vejeismo y los derechos humanos se refleja como una forma de Injusticia social donde las personas mayores son observadas como diferentes del resto de las personas. (Biggs, S. & Haapala, I., 2013).

El vejeismo es un fenómeno complejo con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas. Este proceso de devaluación puede tomar la forma de una discriminación interpersonal (micro) o institucional (macro). Las actitudes viejistas están asentadas en profundas creencias y patrones culturales tales como: la glorificación de la juventud, la conceptualización del individuo como un sujeto libremente autónomo, el ideal de una libre competición económica y la reducción del valor humano a cálculos económicos. (Bernard, M. and Scharf, T., 2007).

Los prejuicios mantenidos socialmente generan una visión unidimensional, un dialogo que es transmitido de generación en generación que condena a la vejez a un periodo de involución. La adquisición o no de dichas ideas preconcebidas, pueden ser alteradas con una visión realista, constructiva y fiel de los modos de envejecimiento normal y saludable. (Salvarezza, L., 1999).

Nuestra sociedad condiciona una serie de creencias, opiniones, actitudes, pautas de conducta y percepciones acerca de la edad. Cada etapa de la vida persigue unos objetivos y unas pautas concretas. Los medios de comunicación y la enseñanza, particularmente, permiten la incorporación de roles, ideas y patrones de juicios para establecer una opinión grupal y compartida hacia un determinado grupo de edad. (Moreno, A., 2010).

El desarrollo de actitudes negativas y estereotipadas hacia la vejez y/o el proceso de envejecimiento, ha categorizado equivocadamente la vejez como una etapa de pérdidas. El mantenimiento de estos prejuicios sociales, que no están basados en hechos, sino que son fruto de la desinformación y el desconocimiento, constituye el primer paso hacia la discriminación real de las personas, en este caso las personas mayores. Esta situación se puede agravar cuando la propia

persona mayor los acepta y los incorpora a su visión personal y autoconcepto, generando numerosos daños a su salud y bienestar psicológico.

II.1 Viejismo

El término viejismo aunque aún no es aceptado por la Real Academia Española, es un concepto que se utiliza ampliamente en los textos gerontológicos. Se define como el conjunto de prejuicios, discriminaciones y estereotipos que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad o apariencia. (Butler, R. N., 1969).

En una visión viejista, la imagen general o social hacia este grupo de edad queda encasillada bajo la percepción de un ciclo de cambio negativo, de pérdida de habilidades y capacidades. Una etapa de soledad y dolor, de pobreza en muchas ocasiones y aparición de múltiples problemas orgánicos, médicos, psicológicos y físicos. (Moreno, A., 2010).

Butler señala que el viejismo refleja un profundo rechazo y miedo de la población joven y adulta a envejecer. En el marco cultural actual se ha tendido a la sobrevaloración de la juventud y de la belleza física, lo que favorece a la reproducción de conductas viejistas.

El informe de la International Longevity Center (ILC), identifica dos categorías de Viejismo (ageism): La primera que crea y perpetúa el viejismo: fuerzas sociales que dan forma a las actitudes sobre el envejecimiento, los medios de comunicación y las estrategias de marketing que presentan representaciones negativas de las personas mayores y del proceso de envejecimiento.

La segunda categoría llamada vejeísmo personal e institucional; está representada en diferentes ámbitos sociales como: La devaluación de los trabajadores mayores en ámbitos laborales, tendencia a descartar signos patológicos tratables asociándolos con el "envejecimiento normal" en la práctica médica, maltrato a personas mayores en oficinas o instalaciones de atención, además, falta de políticas públicas y de programas para proteger y garantizar los derechos de la personas mayores.(Gutman, G. Spencer, C., 2010).

Es importante destacar que este fenómeno se presenta igualmente en hombres y mujeres aunque estudios recientes indican, que la mujer es más vulnerable, así como, grupos minoritarios como personas mayores indígenas y personas mayores de la comunidad LGTB.(Gutman, G. Spencer, C., 2010).

El vejeísmo involucra prejuicio como afecto, es decir, desarrolla una emoción, discriminación como conducta que son comportamientos y acciones y estereotipos como cognición. Cada una de estas categorías puede tener tendencias positivas y negativas (Negredo, A, 2010). Palmore describe dos tipos de vejeísmo: vejeísmo negativo y vejeísmo positivo. (Palmore EB., 1999).

El vejeísmo negativo es evidente en encuestas que revelaron que el motivo de discriminación más citado en Europa es la edad, específicamente tener más de 55 años. (TNS Opinion & Social, 2012). El prejuicio negativo más influyente en nuestra sociedad es aquel que considera que todas las personas mayores presentan una declinación de sus habilidades, aislamiento y deterioro del estado mental. Esta discriminación puede tener consecuencias importantes para las personas mayores, estudios longitudinales han demostrado que individuos con una visión negativa inicial del envejecimiento en comparación con aquellos con una visión positiva, tienden a desarrollar mayor pérdida de la capacidad de memoria.(Schroyen, S. Missotten, P., 2016).

El viejismo positivo, respalda una visión limitada de las personas mayores, la mayoría de la gente percibe actitudes viejistas positivas como comportamientos corteses o benévolos. Los estereotipos positivos hacia las personas mayores (por ejemplo, amable, lindo o sabio), pueden parecer empáticos, pero en realidad son de naturaleza paternalista y apoyan la discriminación por edad. (Jill M., 2016).

Los interlocutores de personas mayores tienden a desarrollar actitudes pseudo-positivas, también llamadas "benevolent ageism" y se refiere a la creencia de que las personas mayores tienen mala audición y/o problemas de comprensión, entonces, tenemos que hablar más fuerte, más lento y con condescendencia como si le habláramos a un bebé (Schroyen, S. Missotten, P., 2016). Este tipo de comunicación puede impactar negativamente a las personas mayores desde un punto de vista psicológico, reduciendo la autoestima y generando un sentimiento de impotencia.(Butler, R. N., 1969), (Jill M., 2016).

Referente al viejismo positivo, los prejuicios y estereotipos más desarrollados es considerar que las personas mayores son como "niños" y que son frágiles por lo que debemos ser benevolentes con ellos y tratarlos de una forma más paternalista.(Becca R. Levy, D., 2012).

En estudios donde se ha investigado el viejismo en sus componentes positivos y negativos, se encontró que los hombres jóvenes y maduros muestran mayores actitudes viejistas negativas y que las mujeres muestran más actitudes viejistas positivas. (Rupp, D. y Stephen, J. 2010). En un estudio donde a las personas mayores se le hablaba como niños, se encontró que esto causaba que sintiera que se cuestionaba su capacidad para completar una tarea y una disminución de la autoestima.(Bennett, T. Gaines, J., 2010).

El viejismo provoca que generaciones más jóvenes vean a las personas mayores como diferentes de ellos mismos, por lo tanto, dejan sutilmente de identificarse con ellos como seres humanos. El viejismo y el maltrato a las personas mayores tienen una gran relación, porque el maltrato implica una violación de la personalidad que se compromete de manera social y política.(Biggs, S. & Haapala, I., 2013).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

II.2 Estereotipos

El diccionario de la real academia española (RAE) los define como: Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.(RAE, 2020). Los estereotipos son aquellas creencias en la cultura social sobre los atributos que caracterizan a un grupo social y que a pesar de que pueden ser modificados con la experiencia individual, son aprendidos como parte del proceso de socialización y aprendizaje.(Levy, S, R. and Macdonald, J. L., 2016).

La magnitud del estereotipo, refrendado como un modelo inalterado o un cliché consensuado, prepara al sujeto para recrear un conocimiento abstracto que utiliza como teoría con respecto a ese grupo.(Triadó, C., 2015). El nacimiento de estos clichés son acatados mediante el proceso de socialización en el que el sujeto se encuentra inmerso. Una vez que estos modelos son adquiridos dirigen la conducta del sujeto con referencia a ese objeto, llegando a la generalización y homogeneidad de un concepto, en este caso en particular, sobre las personas mayores y el envejecimiento. (Negredo, A, 2010).

Cuadro 1. Efectos de los estereotipos negativos en personas mayores

| |
|---|
| * Amenazan la integridad personal |
| * Disminuyen la memoria. |
| * Disminuyen el rendimiento en la capacidad matemática. |
| * Afectan el sentimiento de auto eficiencia. |
| * Deteriora la capacidad de escritura. |
| * Aumenta el retiro anticipado de los roles y compromisos sexuales, laborales y sociales. |

Fuente: (Lacub, R y Arias C., 2010).

En un estudio realizado en población mexicana se encontró que la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez está relacionado con: ser joven 15-29 años o mayor 50-69 años, ser soltero, divorciado o viudo, estar enfermo, no tener pareja, no profesar alguna religión o tener una mínima participación religiosa. Los estereotipos negativos más recurrentes están asociados con cambios físicos, cambios conductuales, temor al deterioro intelectual y temor al abandono. (Hernandez-Pozo, R., Torres M, y Col., 2011).

II.3 Prejuicios

El diccionario de la real academia español define al prejuicio como: Opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal. (RAE, 2020). El prejuicio se define como una actitud afectiva, adquirida antes de toda prueba y experiencia. El prejuicio es una predisposición categórica para aceptar o rechazar a las personas por sus características sociales reales o imaginarias. Los prejuicios concretos son formas de simpatía o antipatía por individuos, grupos, etnias, ideas, etc.(Triadó, C., 2015).

El prejuicio más común, contra los ancianos, es que la mayoría son enfermos o discapacitados. En Europa, un tercio del común de la gente asegura que los viejos pasan mucho tiempo en cama a causa de sus enfermedades, tienen muchos accidentes en el hogar; tienen pobre coordinación psicomotriz, desarrollan Infecciones fácilmente, que una gran proporción de los viejos se encuentran institucionalizados, viven en residencias geriátricas y que la mayoría de los ancianos no son lo suficientemente sanos como para realizar sus actividades cotidianas normalmente. (TNS Opinion & Social, 2012).

El viejísimo se manifiesta de muchas maneras, ya sea en forma consciente o inconsciente. Por ejemplo, pueden citarse algunos prejuicios negativos hacia las personas mayores: “Las personas viejas se vuelven irritables”, “son llamados viejos rabo verde porque demuestran deseos sexuales hacia otra persona”, “son comparados con los niños en cuanto a su dependencia”, “olvidan un nombre o un hecho y se le asocia a “es porque esta viejo” no a que puede llegar a tener problemas de audición”, “los viejos son de otra época por lo tanto lo nuevo no les interesa”, “al jubilarse los viejos son improductivos”. (Bennett, T. Gaines, J., 2010).

II.4 Actitudes

El diccionario de la real academia española define actitud como: Es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. (RAE, 2020). Las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas, las actitudes desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta, es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas. (Negredo, A. Castellanos, C., 2012).

Actitudes negativas hacia las personas mayores y la vejez pueden generar comportamientos agresivos, comportamientos de rechazo, antipatía o comportamientos de sobreprotección.

Las actitudes negativas hacia los viejos se pueden observar en la cultura popular, tarjetas de cumpleaños que denigran el avance de la edad, la carencia de imágenes positivas de los ancianos en anuncios y programas de televisión, y en el uso de la lengua diaria de cada sociedad.

Las actitudes constan de tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. (Negredo, A. Castellanos, C., 2012).

Componente cognitivo: Incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud.

Componente afectivo: Agrupa los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud. Este componente es el que genera prejuicios.

Componente conductual: Recoge las intenciones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud.

Los componentes afectivos positivos de las actitudes viejistas se vinculan con la satisfacción vital y un adecuado ajuste emocional y los componentes afectivos negativos de las actitudes negativas se relacionan con el malestar físico, somático y emocional con la insatisfacción vital, con la percepción negativa de la salud y con el desajuste emocional. (Negredo, A. Castellanos, C., 2012).

Las actitudes permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual o dicho de otro modo, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos.

El estudio del vejeismo es multidisciplinario y su conceptualización y sus investigaciones empíricas difieren de acuerdo con la orientación del investigador. Los psicólogos, por ejemplo, enfatizan el componente actitudinal en el vejeismo en tanto que, los sociólogos tienden a centrar el foco en la importancia de la dislocación social. Sin embargo, más allá de la orientación disciplinaria, el estudio del vejeismo está anclado en la cultura y por lo tanto está implícitamente influenciado por factores culturales. (Nemmers, T., 2004).

II.5 Viejismo en el Personal de la Salud

La organización mundial de la salud indica que el personal de la salud son todas aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Así que, con esta descripción podemos decir que en esta categoría encontramos a: Enfermeras, Fisioterapeutas, Médicos, Odontólogos, Psicólogos, Laboratoristas etc.

En una visión viejista en el área de la salud podemos encontrar 3 aspectos principales: (Fernández-Ballesteros R. Bustillos a. et al., 2016).

- 1.- Actitudes perjudiciales hacia la vejez y el proceso de envejecimiento.
- 2.-Prácticas discriminatorias.
- 3.-Políticas institucionales que perpetúan los estereotipos negativos hacia las personas mayores.

Estos aspectos los vemos reflejados en la discriminación durante la atención médica. Se ha señalado que los profesionales de la salud tienen dificultad para reconocer la presencia de procesos patológicos en las personas mayores, ya que asocian de forma natural la edad con la fragilidad y la debilidad y pueden llegar a utilizar la edad como un indicador para explicar el comportamiento, variando el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento de las personas mayores.(Kydd, A, Fleming, A, 2015).

El maltrato y discriminación en hogares para personas mayores, evidencia la falta de personal adecuado, asignación limitada del presupuesto y el poco interés de políticas públicas para regular el funcionamiento de estos lugares. (Gutman, G. Spencer, C., 2010).

Estudios han reportado que los propios estereotipos de las enfermeras y médicos sobre el envejecimiento pueden tener consecuencias importantes para la ejecución, elección y disponibilidad del tratamiento. (Schroyen, S. Missotten, P., 2016).

De un estudio realizado en un hospital de Querétaro en personal de salud se encontró una prevalencia de estereotipos negativos en el 60% de la muestra, encontrando estereotipos negativos en las dimensiones de salud, motivación, carácter y personalidad. Se observó que en personal de la salud del primer nivel el estereotipo negativo repercute en la calidad de la atención. (Franco, M. Villarreal, E, 2010).

Para disminuir el viejismo en los centros hospitalarios, es importante favorecer la *atención centrada en la persona*. Este tipo de atención podría combatir la discriminación por edad y las prácticas discriminatorias. (Kydd, A, Fleming, A, 2015).

La organización mundial de la salud indica las siguientes pautas para evitar el viejismo: (OMS, 2017).

1.- Crear conciencia en la población respecto a los estereotipos existentes hacia las personas mayores.

2.- Difundir el conocimiento de la diversidad de las características personales de las personas mayores.

3.- Tener un mayor compromiso en el reconocimiento y en la respuesta de las múltiples necesidades de las personas mayores.

4.- Promoción de un envejecimiento positivo y saludable. (Levy, S, R. and Macdonald, J. L., 2016).

5.- Promover los conocimientos que permitan considerar a las personas como seres individuales.

6.- Promover la cooperación intergeneracional.

7.- Promover la importancia de la participación social de los adultos mayores.

8.- Fortalecer prácticas institucionales que promuevan la calidez humana sin distinción de edad.

9.- Revisar las prácticas y las políticas en busca de evidenciar la estigmatización asociada a la falta de respeto que se transmite al tratar a las personas mayores como un grupo invisible.

10.- Emitir leyes que establezcan la participación de los adultos mayores en la planeación e implementación de normas y políticas dirigidas a este grupo de edad. (69.^a Asamblea Mundial de la Salud, 2016).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

III. Fundamentación teórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento como: "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales". (OMS, 2015).

. El proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o la referida a los cambios patológicos propios de cada individuo y relacionados con las alteraciones de equilibrio.

El *Modelo Deficitario* plantea a la vejez como: un periodo de cambios fisiológicos y bioquímicos que producen deterioro de las funciones mentales, fragilidad, limitación en el movimiento, enfermedad, vida sedentaria, Improductividad, un periodo de involución, es decir, una etapa de decadencia. Este modelo caracteriza el envejecimiento como un proceso universal, progresivo, sus efectos son acumulativos, irreversibles y degenerativos. (Alvarado, A., 2014). Este modelo genera y perpetúa el viejismo.

El *Modelo de Ciclo Vital* plantea a la vejez como una etapa más de la vida. La perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento - declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias. Este modelo muestra que el envejecimiento es multidimensional, es decir, que algunas capacidades declinan con la edad, otras se mantienen y algunas incluso se incrementan. El desarrollo individual se constituye de ganancias y de pérdidas y una adaptación exitosa del individuo implica la maximización de las ganancias y una minimización de las pérdidas. Esta visión permite superar la idea de un proceso general y universal de los individuos a través de estadios fijos, lineales e irreversibles. (Yuni J.A., 2011).

La diversidad que se aprecia en la vejez no es cuestión de azar. En gran medida se debe a los entornos físicos y sociales de las personas puesto que ese entorno influye en sus oportunidades y sus hábitos de salud. Esta diversidad genera diferentes percepciones de la vejez y produce en las personas representaciones ideológicas de ella. (Alvarado, A., 2014).

La psicología indica que nuestras actitudes están directamente relacionadas con los pensamientos o creencias que desarrollamos sobre el objeto de actitud y otro proceso que influye es el afecto, como es sabido, a través de nuestras experiencias asociamos determinadas emociones a personas, objetos o situaciones y ello relativamente al margen de las creencias que poseamos sobre el objeto evaluado. (Triadó, C., 2015).

El instrumento utilizado para esta investigación “Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (KAOP)”, evalúa la percepción de los profesionales de la salud hacia la vejez y el envejecimiento, clasificando una percepción negativa, intermedia o positiva.

La otra técnica utilizada en este estudio es la Entrevista que nos sirve para obtener testimonios de los profesionales mediante un proceso de participación y conversación entre el investigador y el participante. Esta técnica busca explorar el pensamiento narrativo que intenta comprender globalmente los fenómenos desde la perspectiva de sus protagonistas. Este enfoque se orienta a entender cómo las personas dan sentido a su experiencia a partir de construir y contar sus historias.

El enfoque narrativo enfatiza la importancia de los relatos como elemento constitutivo de la experiencia humana y su papel clave en la interacción social. (Villar, F., & Serrat, R., 2015).

El acto de hablar o de escribir son formas de acción del lenguaje orientadas a algún fin dentro de un contexto, y que están interactuando en forma lingüística, cognitiva y sociocultural. Así, estas acciones del lenguaje son lo que admitimos como las formas de comunicación y de representación del mundo sea real o imaginario. Es decir, un mundo comprendido como constituido lingüísticamente a través de procesos de intersubjetividad situados en contextos sociales específicos. De esta forma, el mundo se puede comprender en forma contextual y situacional de los sujetos como generadores de realidades y el lenguaje revela ya sea lo más explícito o tenue de sus mensajes.

En forma amplia un discurso se refiere al uso del lenguaje de individuos relacionado a la formación cultural, social y política determinada por sus interacciones dentro de la sociedad. Los discursos, así, emanan de interacciones sociales compartidas entre los grupos sociales y de las estructuras complejas de la sociedad donde los discursos son capturados, y van más allá del lenguaje mismo al incluir las acciones y conductas de las personas. (Urra, E et al., 2013).

El análisis del discurso proporciona un marco de referencia para el debate de los valores en la forma de conversar sobre la realidad de otros, y así no solamente describen el mundo social sino también nos permite categorizar el fenómeno a través de la narrativa.

De acuerdo con (Hernández-Sampieri, R. Fernández, C. Baptista M., 2010) el orden en cómo debe hacerse el análisis de los datos obtenidos en la entrevista es: dar estructura a los datos que no tienen aún una estructura y que fueron recabados durante la entrevista, añadiendo las observaciones del investigador y las narraciones de los participantes, explorar los datos y dar una categoría u organizarlos en unidades, interpretar y dar un sentido a las categorías encontradas, comprender el contexto de los datos, vinculación de resultados con el conocimiento disponible y finalmente relacionar y unificar los datos encontrados para generar una interpretación general.

IV. Hipótesis

Hipótesis Nula

H₁: Las actitudes viejistas No tienen relevancia y No están relacionadas con la actividad profesional.

H₂: Las actitudes viejistas No tienen relevancia y No están relacionadas con el tiempo de práctica profesional.

Hipótesis Alterna

H₁: Las actitudes viejistas tienen relevancia y están relacionadas con la actividad profesional.

H₂= Las actitudes viejistas tienen relevancia y están relacionadas con el tiempo de práctica profesional.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

El propósito de este trabajo es identificar la relevancia del vejestismo en profesionales del área de la salud en la atención de personas mayores.

V.2 Objetivos específicos

1. Distinguir la relación de actitudes viejistas y la actividad profesional de los trabajadores de la salud.
2. Distinguir la relación de actitudes viejistas y el tiempo de práctica profesional de los trabajadores de la salud.
3. Identificar las actitudes viejistas en la práctica profesional del personal del área de la salud.
4. Narrar las percepciones del profesional de la salud sobre el envejecimiento y la vejez asociados con actitudes viejistas.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Es una investigación aplicada mixta, observacional, descriptiva, analítica y transversal.

VI.2 Población o unidad de análisis

Universo: Trabajadores del área de la salud que laboren en las Clínicas Universitarias de la Universidad Autónoma de Querétaro del periodo junio – noviembre del 2019.

Población diana: Enfermeras, Fisioterapeutas, Médicos, Odontólogos, Psicólogos y otros que laboren en las clínicas Universitarias.

Unidad de análisis: Instrumento “Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan” (anexo 4) y Entrevista Estructurada (anexo 2).

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El muestreo para la aplicación del instrumento es por conveniencia e intencionado.

Para la entrevista, en los estudios cualitativos no se habla de un tamaño de muestra ya que el número de participantes se determina con respecto a un término denominado “saturación de datos”; es decir; la saturación de datos es aquella en donde dentro de la investigación ya se ha escuchado un máximo de puntos de vista o ideas por parte de los entrevistados, no existe por lo tanto una aportación nueva al desarrollo de las categorías o dimensiones de dicho estudio. Como conclusión no es necesario determinar un número exacto de participantes.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyó a personal del área de la salud de las clínicas universitarias que cumplían con:

- 1.- Personal que labore y perciba un pago en las clínicas Universitarias con una antigüedad mínima de 6 meses.
- 2.- Personal que atienda a personas mayores de 60 años.

Se excluyó al personal que tenía las siguientes características:

- 1.- Que trabaje en las clínicas y no perciba un salario.
- 2.- Que no atienda personas mayores

Los criterios de eliminación fueron:

- 1.- Que no quieran participar

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas: Edad medida con años cumplidos, género femenino o masculino, estas variables permiten describir a la población. Otras variables fueron: profesión medida como una variable cualitativa nominal y, tiempo de práctica profesional medida por años.

La *Variable Actitudes* hacia las personas Mayores, se mide con el instrumento, “Escala de actitudes hacia el adulto Mayor de Kogan” y nos permite clasificar a la población en tres grupos: Tendencia positiva 204-149 puntos, tendencia intermedia 148 -92 puntos y tendencia negativa 91-34 puntos. Con los resultados de la *Variable Actitudes* y las variables actividad profesional y tiempo de práctica, se analiza la hipótesis de este trabajo.

Las variables cualitativas: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual de las actitudes hacia las personas mayores se analizan a través del discurso obtenido en las entrevistas. Categorizando en dos supuestos: una visión del modelo deficitario de la vejez y que fomenta y genera viejismo y otra de una visión del ciclo vital que representa una visión positiva de la vejez y el envejecimiento.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Existen varios instrumentos para medir el viejismo. Levy recomienda el uso de instrumentos que califiquen las percepciones positivas y negativas por separado para cada dominio. En este tipo de instrumento los participantes se ven obligados a elegir una respuesta que califica los aspectos positivos y negativos de un dominio por separado y esto genera una respuesta potencialmente más informativa. (Levy, S, R. and Macdonald, J. L., 2016). En este tipo de instrumentos se encuentra: La Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan(KAOP) y The Fraboni Scale of Ageism (FSA) (Fraboni, M. Saltstone R. and Hughes S., 2010).

Para este estudio, fue utilizada La Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (Kogan's Attitudes towards Older People: KAOP), versión en español y validada en población latina con un Alfa de Cronbach de 0.82. (Sampén, D., 2012), que consta de 34 enunciados relacionados con las personas mayores, 17 de ellos tienen enunciados positivos y 17 enunciados negativos presentándose en un orden aleatorio. La escala está diseñada en base a un cuestionario tipo Lickert con seis categorías de respuestas, que van desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo". Las respuestas toman los siguientes valores:

- A. Muy en desacuerdo (1 puntos)
- B. Un poco en desacuerdo (2 puntos)
- C. En desacuerdo (3 puntos)
- D. De acuerdo (4 puntos)
- E. Un poco de acuerdo (5 puntos)
- F. Muy de acuerdo (6 puntos)

Las puntuaciones en los enunciados negativos, los elementos redactados se revierten (la puntuación de 1 se convierte en 6 y 6 se convierte en 1) para obtener la puntuación total.

Las puntuaciones obtenidas irán de 34 a 204. Una puntuación total más alta indica una actitud más positiva hacia las personas mayores.

Los puntajes se categorizan en:

- ❖ Actitud negativa: 91-34
- ❖ Actitud intermedia: 148 -92
- ❖ Actitud positiva: 204-149

Para el apartado cualitativo de este estudio, se utiliza una entrevista estructurada. Se denomina así a las entrevistas, en las que a todos los entrevistados se les hacen las mismas preguntas con la misma formulación y en el mismo orden. El estímulo es igual para todos los entrevistados. Éstos, sin embargo, tienen plena libertad para manifestar su respuesta. En definitiva se trata de un cuestionario de preguntas abiertas. Debemos indicar que, si bien la pregunta no compromete la libre manifestación del entrevistado, y aunque el entrevistador tenga cuidado en dejar hablar al entrevistado, el simple hecho de plantear las mismas preguntas en el mismo orden a todos los entrevistados introduce un fuerte elemento de rigidez en la dinámica de la entrevista. (Hernández-Sampieri, R. Fernández, C. Baptista M., 2010).

Si llegado el momento el participante declina la realización de la entrevista, el entrevistador debe mostrarse comprensivo, evitar juicios de valor, darle las gracias por su interés y ponerse a disposición del informante por si hubiera un cambio de opinión en el futuro.

Después de tener la transcripción de la entrevistas, se realiza el análisis del discurso, que incluye el análisis del léxico y el análisis de contenido. El Análisis del discurso es un proceso altamente interpretativo que reconoce las múltiples interpretaciones que emergen desde el dato, y por lo tanto, los hallazgos necesitan ser rigurosamente analizados. La confiabilidad y la validez de los hallazgos recaen en la fuerza y la lógica argumentativa del investigador(a) en los reportes pertinentes a los hallazgos.

En la salud, el uso del análisis del discurso puede servir para varios fenómenos sociales enmarcados en discursos políticos de salud, diagnósticos y tratamientos, conversaciones de usuarios sobre su enfermedad, industria farmacéutica y el marketing, o documentos y registros hospitalarios, etc., donde el lenguaje y su accionar discursivo tiene connotaciones y protagonismo importante en la vida de las personas. (Urra, E et al., 2013).

VI.5 Procedimientos

Fase 1.- Realizar prueba piloto del llenado de la escala y preguntas de la entrevista. Esta prueba se realizó con profesionales de la salud que no laboran en las clínicas universitarias para evaluar tiempo de llenado, claridad del instrumento y claridad de preguntas.

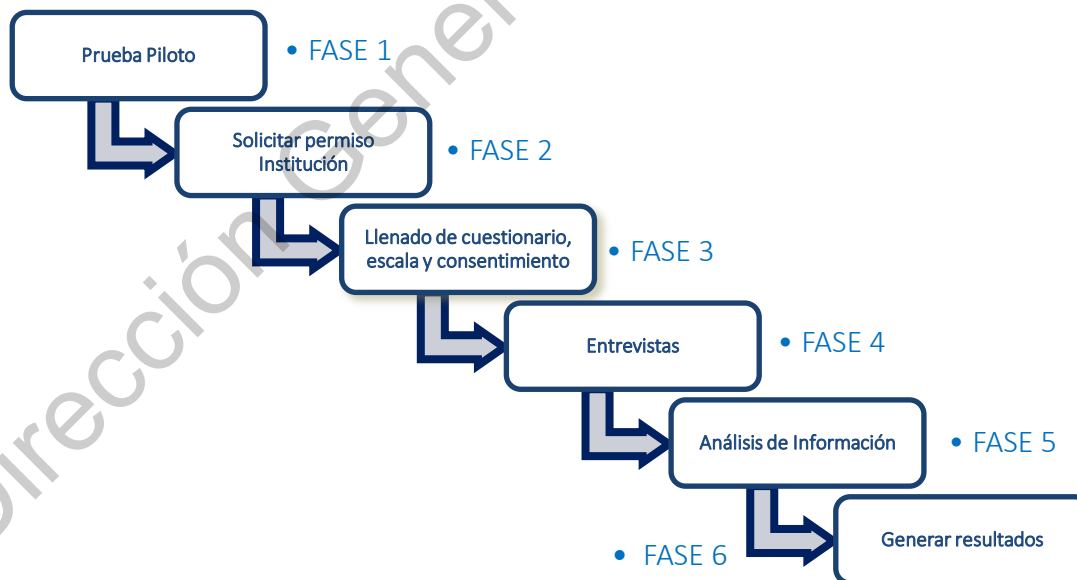
Fase 2.- Solicitar permiso a Institución para realizar cuestionario. (Anexo 1).

Fase 3.- Realizar firma de consentimiento informado (anexo 2), Llenado de cuestionario de datos sociodemográficos (Anexo 3), llenado de Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y (Anexos 4).

Fase 4.- Realizar entrevistas individuales (Anexo 5)

Fase 5.- Análisis de información

Fase 6.- Generar resultados



*Grafica 1. Flujo de actividades.
Fuente: Elaboración propia para este estudio*

La entrevista fue de manera anónima otorgando un folio a cada participante y recabando como datos personales sólo su profesión. Se le pidió al profesional su autorización para la grabación de voz, con el fin de no perder ningún detalle y prestar la mayor atención al entrevistado.

La entrevista es estructurada y planeada ya con un guion y con la serie de preguntas que se pretenden realizar.

La entrevista se realizó en un lugar cómodo y tranquilo y se realizó en un momento en donde el entrevistado tenía el suficiente tiempo como para responderla y que no lo hiciera de manera apresurada.

Una vez finalizada la entrevista se transcribió fielmente cada palabra en el programa de Office Word, para llevar a cabo su interpretación. Posteriormente se efectuó el análisis del discurso en base a la generación de categorías para su mejor codificación sin la utilización de un software para dicha interpretación dado que no es rigurosamente necesaria la utilización de un software para ello. (Martínez-Salgado, C., 2012).

El total de las clínicas Universitarias en donde se aplicaron los cuestionarios fueron 6 que están ubicadas en el municipio de Querétaro. Cabe mencionar que se contemplaron 8 clínicas, sin embargo, las dos unidades que no participaron tenían sobrecarga de trabajo y no lo autorizaron. En el cuadro 2 que se muestra a continuación, se incluyen las clínicas participantes.

Cuadro 2. Clínicas participantes

| |
|---|
| Clínica Universitaria de nutrición “Carlos A. Cuarón” |
| Centro de Evaluación Física y Desarrollo Deportivo (CEFID o polideportivo). |
| Clínica de enfermería y salud integral (ENSAIN). |
| Centro de atención en fisioterapia y salud integral (CAFSI). |
| Clínica odontológica “Dr. Benjamín Moreno Pérez” |
| Clínica del Sistema Nervioso de la Facultad de Medicina |

Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos de carta autorización

VI.5.1 Análisis estadístico

El procesamiento de los datos generados por la escala utilizada para este estudio, se realizaron con el programa IBM SPSS® Statistics versión 25. Se aplicó estadística descriptiva, promedio, media, desviación estándar y tablas de frecuencias relativas y absolutas.

Se realizó estadística paramétrica Chi-cuadrada X^2 . Esta prueba estadística permite evaluar la hipótesis de relación entre dos variables categóricas pertenecientes a un nivel de medición nominal u ordinal.

Dirección General de Bibliotecas UJAQ

VI.5.2 Consideraciones éticas

Para llevar a cabo esta investigación se tomaron las consideraciones éticas descritas en la Ley General de Salud del título segundo capítulo primero respecto a los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos. Los artículos de esta ley que conciernen a esta investigación son los siguientes:

Artículo 13: Sobre el respeto a la dignidad y protección de los derechos del participante.

Artículo 16: La protección de la privacidad del individuo sujeto de investigación

Artículo 18: Suspensión de la investigación en caso de que ésta signifique un riesgo para el participante o si éste decide abandonarla en cualquier momento.

De acuerdo a lo que estipula la Comisión Nacional de Bioética de México se otorgará a cada participante un consentimiento informado; que es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud.

La privacidad, que es un derecho individual y la confidencialidad que es una promesa de una persona para no revelar información sobre otra, han sido rigurosamente cuidadas a lo largo de esta investigación.

La información que proporcionaron los trabajadores de la salud que participaron en las encuestas para este estudio no repercute en su condición laboral ya que esta información fue manejada con un número de folio y no con los nombres de los participantes.

Atendiendo otro principio ético que es la no maleficencia, este estudio no representa un riesgo para los participantes. Podría tener un efecto reflexivo en los participantes que modifique ciertas actitudes pero que no pone en riesgo su estabilidad emocional.

VII. Resultados

De los 40 profesionales de la salud que participaron en este estudio, el rango de edades se encuentra entre los 25 y los 63 años con un promedio de 36.85 ± 10.83 de edad.

Los años de práctica profesional se encuentran en un rango de 1 a 34 años con un promedio de 11.5 ± 10.01 años de práctica.

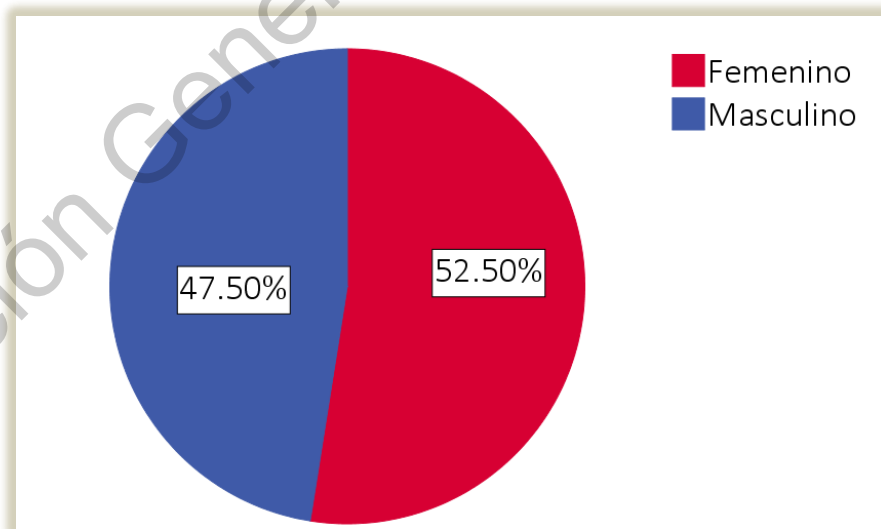
Referente al puntaje obtenido en la escala Kogan, encontramos un rango del puntaje entre 117 a 178 puntos con un promedio de 140.75 ± 13.22 .

Del total de los participantes, el 52.5 % corresponde al género femenino y el 47.5% al género masculino. Estos datos se destacan en la tabla 1 y en la gráfica 2.

Tabla 1. Frecuencias absolutas y porcentaje por género.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Válido Femenino | 21 | 52.5 |
| Masculino | 19 | 47.5 |
| Total | 40 | |

Fuente: Datos obtenidos hoja de recolección personal del área de la salud de las clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019.



Gráfica 2.

Participantes por género.

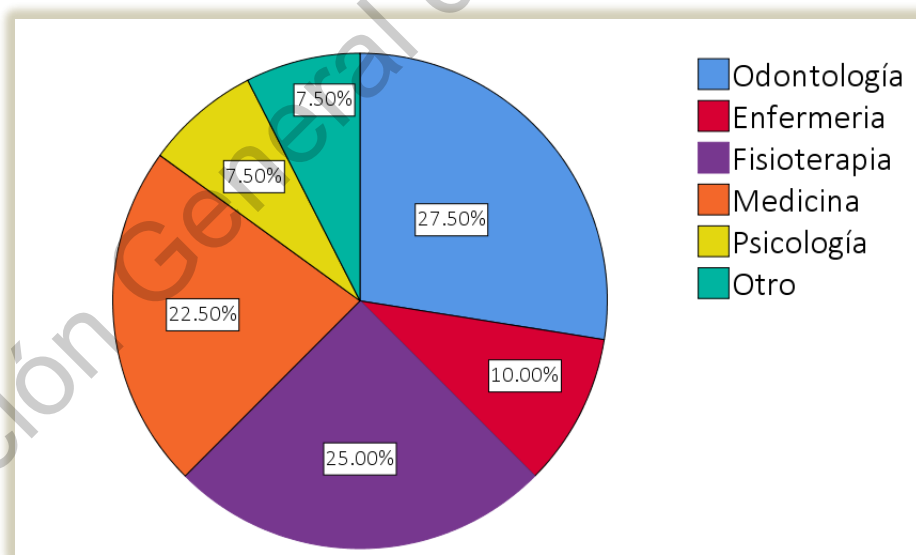
Fuente: Datos obtenidos hoja de recolección personal del área de la salud de las clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019.

Los 40 participantes se distribuyen con referencia a la profesión indicando el número de participantes y porcentaje con referencia al total de la muestra. El apartado “otros” corresponde a 1 nutriólogo y 2 químicos. Estos datos se muestran en la tabla 2 y en la gráfica 3.

Tabla 2. Frecuencias absolutas y porcentaje por actividad profesional

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Válido Odontología | 11 | 27.5 |
| Enfermería | 4 | 10.0 |
| Fisioterapia | 10 | 25.0 |
| Medicina | 9 | 22.5 |
| Psicología | 3 | 7.5 |
| Otro | 3 | 7.5 |
| Total | 40 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos hoja de recolección personal del área de la salud de las clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019.



Gráfica 3
Participantes por Actividad Profesional

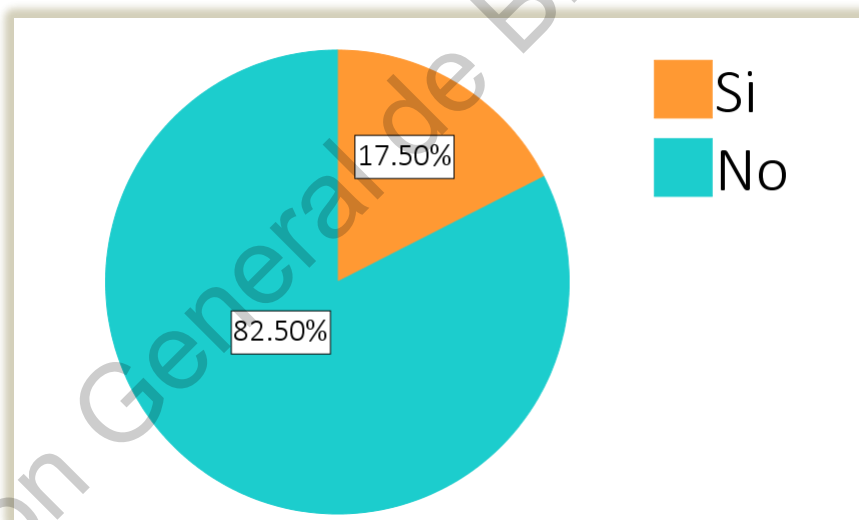
Fuente: Datos obtenidos hoja de recolección personal del área de la salud de la UAQ, periodo junio-nov 2019.

Referente a la pregunta “¿conocen el término vejeismo?”, los resultados obtenidos fueron: 17.5% sí lo conoce y el 82.5% no lo conocen. Estos resultados se destacan en la tabla 3 y en la gráfica 4.

Tabla 3. Frecuencias absolutas y porcentaje de las respuestas a la pregunta ¿Conoces el termino vejeismo?

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|----|------------|------------|
| Válido | Si | 7 | 17.5 |
| | No | 33 | 82.5 |
| Total | | 40 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos hoja de recolección personal del área de la salud de las clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019.



Gráfica 4

Porcentajes de respuesta a la pregunta ¿Conoces el termino Vejeismo?

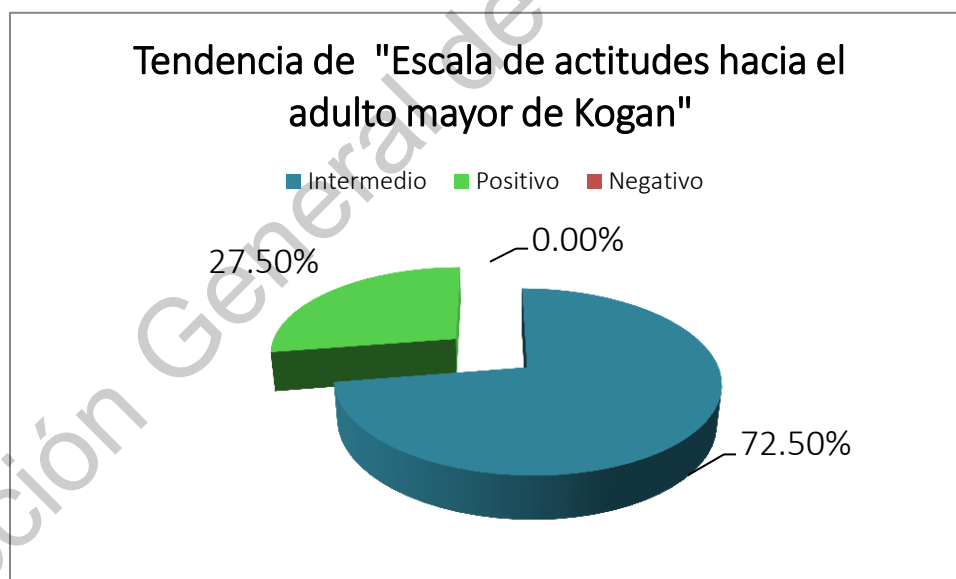
Fuente: Datos obtenidos hoja de recolección personal del área de la salud de las clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019.

Referente a la tendencia obtenida con los puntajes de la escala Kogan, se encontró que el 72.5% de todos los profesionales están en una clasificación de visión Intermedia, el 27.5% tuvieron una visión positiva y no se encontró ningún profesional con puntaje dentro de la clasificación negativa. Estos datos se destacan en la tabla 4 y en la gráfica 5.

Tabla 4. Resultados de tendencia Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan.

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|------------|
| Válido | Intermedio | 29 | 72.5 |
| | Positivo | 11 | 27.5 |
| | Negativo | 0 | 0.00 |
| | Total | 40 | 100.0 |

Fuente: Datos recolectados del instrumento Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan realizado a personal del área de la salud de la UAQ, periodo junio-nov 2019.



Grafica 5

Tendencia de Escala Kogan

Fuente: Elaboración propia. Datos recolectados del instrumento "Escala Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan" realizado a personal del área de la salud de la UAQ, periodo junio-nov 2019.

de

El análisis estadístico de los datos para corroborar las hipótesis de este trabajo se realizó con la prueba de Chi cuadrada X^2 y antes de realizar el análisis de los datos, se realizó una prueba de fiabilidad que para este estudio fue con una alfa de Cronbach de 0.74.

Cuando se hace el análisis cruzado de los datos para probar si hay relación entre las variables tendencia Kogan – Actividad profesional, se encontró:

Prueba de X^2 con un nivel de confianza del 95%, con $p = 0.604$. Estos datos se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Prueba de Chi-cuadrado (X^2) variables tendencia de escala de actitudes hacia el adulto mayor de Kogan y Actividad profesional.

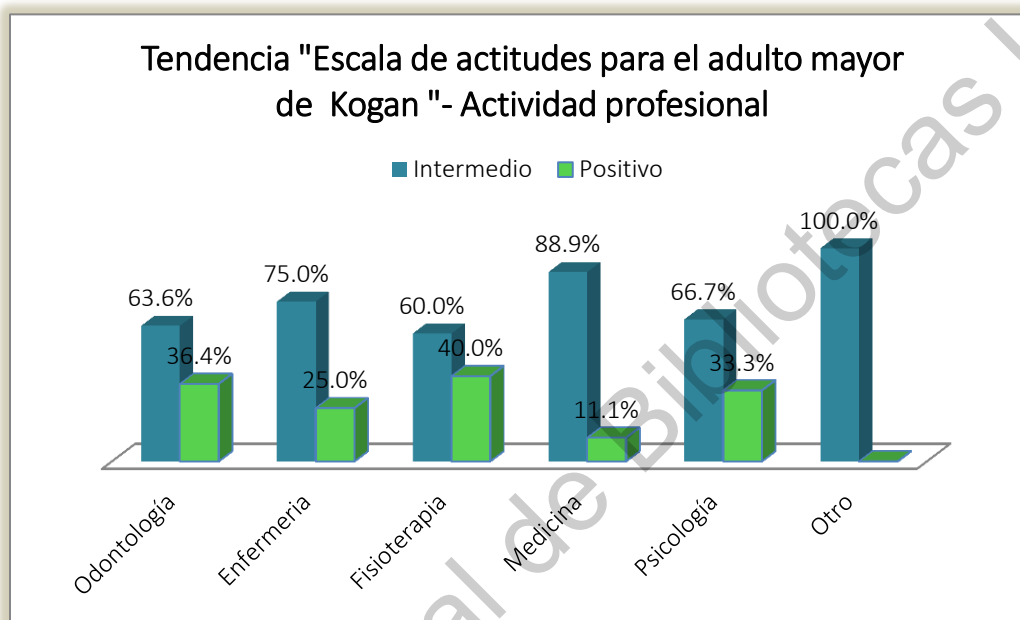
Prueba de chi-cuadrado X^2

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3.631 ^a | 5 | .604 |
| Razón de verosimilitud | 4.576 | 5 | .470 |
| Asociación lineal por lineal | 1.515 | 1 | .218 |
| N de casos válidos | 40 | | |

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .83

Fuente: Datos recolectados del instrumento Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan realizado a personal del área de la salud de las clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019 y procesados con IBM SPSS® Statistics versión 25.

La grafica 6, nos muestra los resultados obtenidos de tendencia de la escala de actitudes Kogan por profesión. Se observa mayor porcentaje de profesionales en nivel intermedio de actitudes en profesionales clasificados como otros, Medicina y Enfermería y la profesión con mayor porcentaje de tendencia positiva fue fisioterapia.



Prueba de X^2 de 3.631, con una $p = .604$

Grafica 6

Frecuencia de Kogan & Actividad profesional

Fuente: Datos recolectados del instrumento Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan realizado a personal del área de la salud de clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019

Cuando se hace el análisis cruzado de los datos para probar si hay relación entre las variables tendencia Kogan – Actividad profesional, se encontró:

Prueba de X^2 con un nivel de confianza del 95%, con $p = 0.502$ Estos datos se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Prueba de Chi-cuadrado (X^2) variables tendencia de escala de actitudes hacia el adulto mayor de Kogan y Tiempo de práctica profesional.

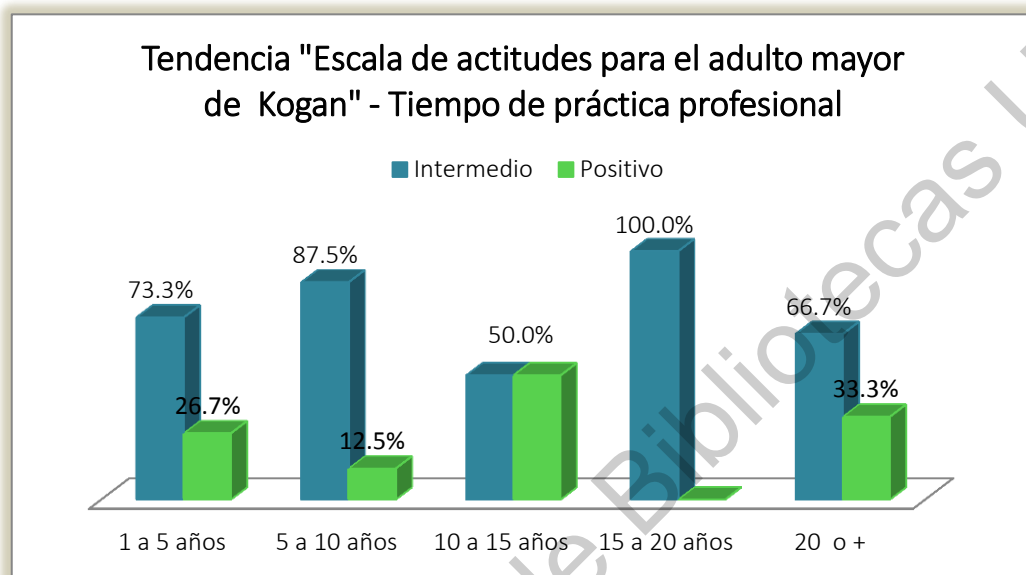
Pruebas de chi-cuadrado X^2

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3.344 ^a | 4 | .502 |
| Razón de verosimilitud | 3.853 | 4 | .426 |
| Asociación lineal por lineal | .190 | 1 | .663 |
| N de casos válidos | 40 | | |

a. 7 casillas (70.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .55.

Fuente: Datos recolectados del instrumento Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan realizado a personal del área de la salud de las clínicas universitarias UAQ, período junio-nov 2019 y procesados con IBM SPSS® Statistics versión 25.

La grafica 7 nos muestra los resultados obtenidos de tendencia de la escala de actitudes Kogan por tiempo de práctica profesional, Se observa un porcentaje mayor de profesionales con visión positiva en aquellos que tenían de 10 a 15 años de práctica profesional.



Prueba de χ^2 3.344, con una $p = .502$

Grafica 7

Tendencia Kogan & Tiempo de práctica profesional

Fuente: Datos recolectados del instrumento Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan realizado a personal del área de la salud de clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019

VII.1 Resultados de Entrevistas

El 100% de los entrevistados aceptaron participar y aprobaron que se grabara la entrevista. En el cuadro 3 se enlistan los profesionales que participaron incluyendo el género dando un total de 9 entrevistados; 4 mujeres y 5 hombres. Los años de práctica profesional están en un intervalo de 2 años y hasta más de 40 años de práctica.

Todos los profesionales han brindado atención a personas mayores, ya sea en las clínicas universitarias o en su consulta privada. Cabe destacar que todos realizan práctica privada y académica.

Cuadro 3.
Entrevistados por profesión y género

| Profesión | Genero |
|--|-----------|
| Enfermería | Femenina |
| Enfermería | Masculino |
| Fisioterapia | Femenina |
| Fisioterapia | Femenina |
| Médico general | Masculino |
| Medico con maestría y doctorado en Investigación Médica. | Masculino |
| Odontólogo con especialidad en endodoncia. | Masculino |
| Odontólogo con doctorado en ciencia de la Investigación. | Masculino |
| Psicología | Femenina |

Fuente: Entrevistas realizadas a personal del área de la salud de clínicas universitarias UAQ, periodo junio-nov 2019

Es importante mencionar que este trabajo no busca juzgar el actuar del profesional de la salud y que el investigador no genera ningún juicio, solo ordena las respuestas basado en la fundamentación teórica mencionada en este trabajo.

En lo referente al componente afectivo de las actitudes hacia las personas mayores, se encontró un discurso de los profesionales en el cual persiste una visión del modelo deficitario del envejecimiento. En este discurso se expresan principalmente características asociadas con el deterioro físico, disminución de capacidades y alteraciones del estado de ánimo por lo que perciben que la atención hacia las personas mayores es de mayor cuidado lo que lo hace diferente a la atención de otros pacientes. Esto se deja ver en las siguientes narrativas que, al pie de la letra, expresaron los entrevistados.

“La atención es un poquito más específica y en ocasiones hay que explicarles 2 o 3 veces, porque no retienen tanto como una persona adulta joven”.

“En ocasiones sentía que me costaba un poquito más de trabajo por el hecho de que ya la audición y la vista ya la tuvieran en porcentaje menor”

“Trato de respirar y trabajar también en mí, conmigo misma de haber ten paciencia, esto es tu trabajo hazlo bien y trato de manejarme yo.”

“Lo principal ya no buscan la estética sino la función.”

“Como no entramos nunca en temas de profundidad donde pudiéramos chocar así como polémicos o cosas así, que probablemente ahí hubiera sido como, no sé, me hubiera espantado a lo mejor.”

“Es una sensación diferente, no puedo decir que sea, no, no es incómodo, pero inmediatamente que uno ve a una persona mayor, uno inmediatamente se prende como un foco y decir esto es de más cuidado.”

“Muchos de ellos batallan de la memoria muchos, no sé si es su justificación pero dicen ¡hay es que lo olvide!”

“Si hay algunos pacientes que están deprimidos, porque si hay mucha depresión en el adulto mayor.”

Las anécdotas de atención que más recuerdan están asociadas a casos donde los pacientes tenían más de 80 años y/o presentaban deterioro funcional y cognitivo.

“Era complejo que el paciente por ejemplo llegara, que accediera al consultorio y, es más, poderlo acomodar porque no podía mover muchos sus piernas.”

“Tenía 103 años, le pusimos una prótesis, todavía tenía dientes.”

“Señora de 84 años, tiene una súper híper cifosis de hecho es como imposible cómo el manejo de que esté acostada o sea no tolera muchas posiciones.”

“Recuerdo muchísimo, porque se vio un avance grande a pesar de que ya tenía cierta edad. Como 80 años”

“Tiene 84 años que es como un poco ya está muy grandecito, grandecito, grandecito ya ni habla bien..... lo chistoso es que él se enferma menos veces que yo.”

“Señora de 98 años, porque la recuerdas? Por la edad, no es común que me toquen de esa edad.”

Referente al componente cognitivo, se encontraron frases que expresan estereotipos paternalistas y que categorizan a las personas mayores como niños, tales como:

“Pacientitos”

“Viejitos”

“Aquí tenemos la clínica del bebe... niños de 2 años hasta mis niños de 100 años.”

Dentro de los entrevistados también se pueden encontrar estereotipos de la vejez que muestran una visión deficitaria, Esto se deja ver a través de las respuestas a la pregunta ¿Qué piensa al escuchar la palabra vejez?

A continuación se muestran a las narrativas expresadas:

“Nostalgia”

“Es una etapa de la vida que quieras o no, vas a llegar”

“Probablemente alguien con capacidades disminuidas, por la misma edad avanzada, o sea, se piensa en alguien con el pelo blanco y que le cuesta trabajo moverse o caminar.”

“Pienso que me da miedo.”

Referente a la autonomía de las personas mayores, la gran mayoría de los profesionales entrevistados considera que un paciente que va solo a consulta esta en abandono o en soledad. Esto refuerza la idea de un modelo deficitario del envejecimiento y se observa en las siguientes frases dichas por los entrevistados

“A veces pienso que están abandonadas o que no tienen a nadie que los apoyen”.

“Una se puede imaginar muchas cosas, que los hijos no los apoyan.”

“El mismo adulto por tanto amor que les tiene a sus hijos, hay veces que prefiere no ventilarlo de que a lo mejor lo dejan en abandono o algo así.”

“Falta ese acompañamiento con el paciente.”

“Da mucha pena... da mucha pena que no hay alguien pues realmente asistiéndoles porque se requiere. Realmente son personas que requieren apoyo.”

Sin embargo, en este mismo aspecto, también encontramos narrativas de los entrevistados que asocian la asistencia si acompañamiento con un modelo del ciclo vital que muestra una visión positiva del envejecimiento. A continuación se muestran las narrativas que al respecto expresaron:

“Me parece muy valioso.”

“Que todavía es muy capaz, aunque sea de edad avanzada pues es independiente.”

“Si vemos que en su aspecto físico motor esta bien, no hay ningún problema.”

Cuando los entrevistados expresan los retos profesionales de la atención de las personas mayores, algunos consideran que un reto de la profesión está asociado con cualidades personales tales como expresan las siguientes narrativas:

“Muchas veces hay que tener mucha paciencia”

“Un reto creo es el lograr entenderlas por todo lo que han pasado.”

La mayoría expresa que los retos profesionales están en función de limitar las deficiencias y pérdidas que van surgiendo con la edad. Esto queda de manifiesto en las siguientes narrativas:

“Un gran paso en hacer más para evitar el deterioro cognitivo.”

“Trabajar con alteraciones, bueno comprender las alteraciones a nivel neurológico que impactan ya para alteraciones de la audición de visión.”

“El reto es otorgarle o hacerle una mejor calidad de vida para que puedan vivir con un confort y que puedan ser lo más independientes que se pueda.”

“Trabajar con estas poblaciones en sanar cosas de violencia y de desapego”

También algunos profesionales expresan retos asociados con el desarrollo de habilidades técnicas que mejoran la atención hacia las personas mayores. Esto se pone de manifiesto en las siguientes narrativas:

“El reto es diario... desde que llega un paciente ya es un reto porque no sabemos cómo viene, que va a necesitar, ya se le va tratando, se le va buscando la solución al problema que él exprese.”

“Es la prevención...eso me queda muy claro.”

“El reto es el diagnostico.”

“Aprender cómo tratar a alguien de edad avanzada en cuanto al aspecto psicológico y físico.”

De los entrevistados, uno ya tiene especialidad en el área de la geriatría, a dos les gustaría pero, por el momento, no han tenido tiempo y el resto de los entrevistados expresa que no les gustaría especializarse en temas relacionados con la vejez. A continuación se incluyen las narrativas de los entrevistados que no muestran interés en esta especialización:

“No...no, no, no, la verdad no, a lo mejor si me lo preguntan ahorita seguiría diciendo no... no.”

“No, prefiero atender niños, prefiero pediatría.”

No, aunque no tengo una población de preferencia...no.”

“No, nunca lo hubiera hecho.”

“Honestamente no.”

Referente a las actitudes los profesionales entrevistados, todos expresan conductas positivas hacia las personas mayores buscando lograr acuerdos, favoreciendo la autonomía y la toma de decisiones de sus pacientes. En las siguientes frases encontramos las narrativas de cómo resuelven controversias con los pacientes”

“Hago como en todas las poblaciones...negociar.”

“Se les explica los beneficios.”

“Me tomo el tiempo de explicarles y que entiendan porqué la situación”

“Existe lo que se llama consentimiento informado, se le dice al paciente: se le va hacer esto, esto y esto, y si el paciente está de acuerdo firma y si no está de acuerdo no firma.”

Sin embargo, algunos entrevistados prefieren tratar con los familiares quitando participación al paciente en el manejo de su propio tratamiento y atención. Esto se deja ver en las siguientes narrativas:

“Concientizarlos de cuáles son los efectos que puede tener no atenderse y el apoyo con familiar.”

“Lo que yo hago para ayudar es dar educación al familiar.”

“Si se vuelven un poquito más... por decirlo así, más necios por sus costumbres... por sus ideas, el familiar los puede controlar mejor.”

VIII. Discusión

En la literatura los estudios sobre las actitudes viejitas concluyen que la percepción social sobre las personas mayores es, en general, negativa. Estas actitudes están presentes tanto en culturas orientales como en las occidentales.

En el área de la salud, Schroyen realizó un estudio con enfermeras que tenían un rango de edad de entre 22 a 63 años y con un rango de años de práctica profesional de 1 a más de 30 años. Utilizó como instrumento de medición la FSA. En sus resultados no observó correlación de las actitudes viejistas con los años de experiencia ya que al realizar su análisis de X^2 obtuvo $p=0.27$. (Schroyen, S. Missotten, P., 2016).

Por otro lado, en el presente estudio el rango de edad de los participantes fue de entre 25 a 63 años y el rango de años de práctica profesional fue de 1 hasta 34 años. Al igual que en el estudio de Schroyen, aquí no se encontró correlación de las actitudes viejistas con los años de práctica profesional. Al realizar el análisis de X^2 se obtuvo un valor de $p = 0.50$, que al igual que en el estudio de Schroyen, el valor de X^2 no es estadísticamente significativo y no hay evidencia para rechazar la hipótesis nula. Esto indicaría que las dos variables son independientes, es decir, no están correlacionadas. Es importante destacar que aunque en este estudio sí participaron profesionales de diversas disciplinas de la salud, la conclusión fue la misma que la de Schroyen. No hay correlación entre actitudes viejistas y los años de práctica profesional.

En lo relativo a la correlación actitudes viejistas-actividad profesional que se planteó como hipótesis en esta investigación, no se encontraron estudios similares para ser tomados como referencia comparativa. Al realizar el análisis de X^2 se obtuvo un valor de $p = 0.60$, que indica que no es estadísticamente significativo por lo que no hay evidencia para rechazar la hipótesis nula. La hipótesis nula supone la independencia de las variables. Sin embargo, se observó una tendencia a tener mayores actitudes negativas en profesionales que ejercen medicina, enfermería y otros. Esto sugiere, que aun con la no significancia estadística

obtenida, sería importante ampliar la muestra para reafirmarlo y validar la hipótesis de independencia en estas variables.

Schoyen evaluó el conocimiento sobre el término vejeísmo encontrando que un 74% desconocía el término. En el presente estudio, por otro lado, se encontró un porcentaje de desconocimiento del 82.5% que evidencia la poca difusión de este concepto y la limitada existencia de estudios sobre el mismo. Esto sugiere que se deben aumentar los esfuerzos de las instituciones educativas para ampliar la información sobre todos los aspectos del envejecimiento y no solo desde el punto de vista clínico, sino también desde el psicosocial.

Schoyen concluyó que en personal de enfermería persiste una visión deficitaria de la vejez expresada a través del uso de palabras como: dependencia, pérdida de autonomía y soledad. Similarmente, en este estudio también encontramos en la narrativa de los profesionales entrevistados, una idea del envejecimiento deficitario relacionado con pérdida de habilidades motrices, intelectuales abandono y alteraciones del estado de ánimo y de la personalidad.

La fiabilidad de este estudio se evaluó con una Alfa de Cronbach de 0.74 similar al obtenido por Sampén que fue de 0.82 (Sampén, D., 2012). Esta diferencia puede atribuirse al tamaño de muestra; que para este estudio fue de 40 participantes y para el de Sampén fue de 100. Aun con esta diferencia, ambos resultados son confiables por ser mayores a 0.70.

En este estudio las tendencias encontradas con la escala Kogan indican que el 28% de los participantes tienen actitudes positivas, 72 % actitudes intermedias y no se encontraron actitudes negativas. Sampén reporta que el 48% de su muestra tiene actitudes positivas y el 52% actitudes intermedias y, al igual que en este estudio, no encontró actitudes negativas. La diferencia en los porcentajes podría estar asociada con el número de participantes y que en su muestra también incluyó personal técnico del área de la salud. Coincidentemente, en ambos estudios se observan mayores porcentajes en valores intermedios que en los valores positivos. Lo que sugiere que podría haber una área de oportunidad para

transitar a mayores porcentajes de visión positiva partiendo de visiones intermedias y no de una visión negativa.

Franco y Villarreal realizaron un estudio en un hospital de Querétaro para medir la prevalencia de estereotipos en la vejez en personal de salud. (Franco, M. Villarreal, E, 2010). Ellos utilizaron como instrumento el cuestionario CENVE, y aunque no es el mismo instrumento utilizado en este estudio, llama la atención que se reporta una prevalencia del estereotipo negativo global en el personal del área de la salud mayor al 65,0%. Este estereotipo negativo está asociado a la salud-motivación- y al carácter-personalidad. La población estudiada fue una muestra de 150 participantes que incluyó médicos adscritos, médicos residentes, médicos internos, enfermeras generales, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y asistentes médicas. Con sus resultados se podría concluir que los profesionales de la salud tienen una actitud preponderantemente negativa hacia las personas mayores y esto supondría la necesidad de una acción inmediata para mejorar la actitud. Sin embargo, el hecho de haber utilizado un instrumento que solo utiliza enunciados negativos podría clasificar de manera tendenciosa la visión de los profesionales de la salud. Por lo anterior sería recomendable utilizar, con la misma población, un instrumento que considera enunciados positivos y negativos, como la escala Kogan, que se utilizó para la investigación de esta tesis.

Con los profesionales de la salud que laboran en las clínicas universitarias de la UAQ, se encontró que tienen actitudes intermedias hacia las personas mayores y que en su narrativa prevalece una visión deficitaria del envejecimiento. Sin embargo, se destaca que no se encontró en el componente conductual aspectos negativos hacia las personas mayores que pudieran poner en riesgo la calidad de la atención.

Referente a la narrativa que expresan los profesionales de la salud sobre el envejecimiento y las personas mayores, no es suficiente con la formación académica y profesional con la que se cuenta para generar ideas positivas sobre el proceso de envejecer. No se debe olvidar que los profesionales de la salud, al igual que cualquier otra persona, están siendo influenciados por los mensajes que generan los medios masivos de comunicación en donde se engrandece y sobrevalora mayormente la juventud sobre las otras etapas de la vida. Los profesionales de la salud también son parte de la sociedad que nos condiciona a replicar ideas que escuchamos a diario y que discriminan a la vejez. Por lo anterior, si se desea generar cambios de fondo en la forma de pensar, sería necesario estar inmerso dentro de un entorno de ideas positivas sobre el envejecimiento que vaya más allá de lo académico y que incluya los medios de comunicación y las expresiones culturales de toda la sociedad.

IX. Conclusiones

- 1.- Se pudo observar que los profesionales de la salud que trabajan en las clínicas universitarias UAQ presentan, en mayor porcentaje, actitudes viejistas en nivel intermedio.
- 2.- No se encontró una relación de las actitudes viejistas con los años de práctica profesional.
- 3.-No se encontró una relación de las actitudes viejistas con la actividad profesional. Sin embargo, hay una mayor prevalencia de actitudes negativas en profesionales del área de medicina y enfermería.
- 4.-En la evaluación de los componentes afectivos los profesionales consideran que la atención de la personas mayores supone diferencias. Esta idea parte de que consideran al envejecimiento desde un modelo deficitario expresando narrativas que se relacionan con el deterioro físico, deterioro intelectual y el abandono. Existe poco interés de los profesionales a especializarse en temas relacionados con la vejez.
- 5.-En el componente cognitivo se observa ideas paternalistas que consideran a las personas mayores más vulnerables y se refieren a ellos con frases benevolentes y se refuerza también el estereotipo de que las personas mayores tienen un carácter complicado.
- 6.- En el componente conductual, no se encontraron conductas negativas. La mayoría expresa un trato respetuoso y afectivo con sus pacientes.
- 7.-La mayoría de los profesionales de la salud no conocen el término "Viejismo o Ageism".
- 8.- Las actitudes viejistas se expresan de manera cotidiana en nuestras actividades diarias.

X. Propuestas

Se propone difundir el tema del vejeismo, ya que conocer sobre el tema, permitiría modificar las actitudes y generar cambios positivos sobre la visión de la vejez.

Crear espacios en donde los profesionales de la salud puedan discutir las prácticas de atención hacia las personas mayores y no sólo la revisión de los aspectos clínicos.

Seguir generando estudios cualitativos que exploren la narrativa de los profesionales de la salud en la atención de las personas mayores.

Ampliar el tamaño de muestra para realizar estudios cuantitativos que refuercen los resultados que surgen de esta investigación.

Sería enriquecedor que el instrumento de medición utilizado en este trabajo se aplicara a poblaciones de otras instituciones de salud. Esto ayudaría a validar los resultados aquí obtenidos.

Se considera relevante realizar una investigación en donde se utilicen diferentes instrumentos para la evaluación de las actitudes y que se emplee una misma muestra buscando comprobar la similitud y congruencia de los resultados.

Promover acciones que mejoren las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento.

XI. Bibliografía

69.^a Asamblea Mundial de la Salud, O. M. de la S. O. (2016). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana (Punto 13.4 del orden del día).

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf

Alvarado, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Becca R. Levy, D. (2012). Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery From Disability in Older Persons. *The Journal of the American Medical Association*, Vol 308(No. 19).

<https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>.

Bennett, T. Gaines, J. (2010). Believing What You Hear: The Impact of Aging Stereotypes upon the Old. *Educational Gerontology*, 36:5, 435–445.

<https://doi.org/10.1080/03601270903212336>

Bernard, M. and Scharf, T. (2007). Critical perspectives on ageing societies. (1ra. Edición). British Library Cataloguing.

Biggs, S., & Haapala, I. (2013). Elder mistreatment, ageism, and human rights. *International Psychogeriatric Association*, 25:8, 1299–1306.

<https://doi.org/10.1017/S1041610212002372>

Butler, R. N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243.

Fernandez-Ballesteros R. Bustillos a. et al. (2016). Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 545–552.

Fraboni, M. Saltstone R. and Hughes S. (2010). The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An Attempt at a More Precise Measure of Ageism. *Canadian Journal on Aging*.

Franco, M. Villarreal, E. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista Medica de Chile*, 138, 988–993.

Gutman, G. Spencer, C. (2010). *Aging, Ageism and Abuse: Moving from Awareness to Action* (1ra. edición). Elsevier.

Ham, Roberto, (Ham). (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México | Consejo Nacional de Población CONAPO.
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_d_el_envejecimiento_en_Mexico

Hernandez-Pozo, R., Torres M, y Col. (2011). Actitudes Negativas hacia la vejez en población Mexicana : Aspectos Psicometricos de una escala. *Evaluación en Psicogerontología.*, 1–16.

Hernández-Sampieri, R. Fernández, C. Baptista M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta. Edición). McGraw-Hill.

Jill M. (2016). Positive and Negative Ageism: The Role of Benevolent and Hostile Sexism. *Journal of Women and Social Work*, 31(2), 207–218.
<https://doi.org/10.1177/0886109915595839>

- Kydd, A, Fleming, A. (2015). Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. Elsevier Ireland Ltd, 0378–5122.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.05.002>
- Lacub, R y Arias C. (2010). El empoderamiento de la Vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 25–32. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v2.2.26787>
- Levy, S, R. and Macdonald, J. L. (2016). Progress on Understanding Ageism. *Journal of Social Issues*, Vol. 72(No. 1), 5--25.
<https://doi.org/10.1111/josi.12153>
- Martinez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 17(3).
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- McGowan, T. (2007). *Encyclopedia of Gerontology: Vol. II*. J. Birren.
- Moreno, A. (2010). Viejismo (ageism). percepciones de la población acerca de la tercera edad: Estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista Poiésis. FUNLAM*, Num. 19.
- Negredo, 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, 1, 79–95.
- Negredo, A. Castellanos, C. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 1, 69–83. <https://doi.org/560/56023335010>

- Nemmers, T. (2004). The Influence of Ageism and Ageist Stereotypes on the Elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, Vol. 22(4), 11–19.
https://doi.org/10.1300/J148v22n04_02
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra,. World Health Organization.
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)
- OMS. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization. <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
- Palmore EB. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2da. Edición). Springer Publishing Company. 978-0826170026
- RAE. (2020). Diccionario de la lengua española (23.^a versión 23.3 en línea). ASALE (Asociación de academias de la lengua Español). <https://dle.rae.es>
- Salvarezza, L. (1999). *La Vejez: Una mirada Gerontologica actual*. Paidos Iberica.
- Sampén, D. (2012). Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta medica Peru*, 29(3).
- Schroyen, S. Missotten, P. (2016). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics*, 28:5, 749–757.
<https://doi.org/10.1017/S1041610215001970>
- TNS Opinion & Social. (2012). Public opinion in the European Union. Standard Eurobarometer 78. http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm

XII. Anexos

Anexo 1. Solicitud de permiso Institución

Santiago de Querétaro Qro,
Patrimonio Cultural de la Humanidad
X de XXXX del 2019

Asunto: **Solicitud de permiso**

A quien Corresponda

Coordinadora
Presente

Por medio de la presente le solicito la autorización para realizar el trabajo de investigación titulada. “Relevancia de las actitudes viejistas de los profesionales de la salud en la atención de las personas mayores”.

Investigador principal: Verónica Hernández Valle.
Asesor: Mtro. Alejandro Guevara Álvarez

Objetivo: Identificar la relevancia de las actitudes de los profesionales del área de la salud en la atención de personas mayores.

Si usted acepta, se le solicitará la autorización para pedirles a los trabajadores de la clínica contestar un cuestionario y participar en una entrevista si es que ellos lo aceptan.

Agradeciendo de antemano su apoyo. Quedo en espera de su respuesta.

Saludos Cordiales.

Verónica Hernández Valle

Anexo 2. Entrevista para protocolo

- 1.- La entrevista inicia preguntado si se puede grabar la conversación
 - 2.- Podría decirme su profesión
 - 3.- Cuantos años tiene ejerciendo su profesión
 - 4.- En los últimos 6 meses atendido personas mayores
 - 5.- Con qué frecuencia atiende a personas mayores
 - 6.-Cuál es su (sensación- sentir) al atender personas mayores
 - 7.- Podría contarme alguna experiencia que recuerde referente a la atención de un PM.
 - 8.- Que piensa cuando las PM van solas a su consulta
 - 9.- Alguna vez ha tenido algún paciente que no esté de acuerdo con su tratamiento
- *SI... Que hizo para llegar a un acuerdo en su tratamiento?
- *No....Imagine una situación así, que haría para llegar a un acuerdo en su tratamiento
- 10.- Cuando indica algún tratamiento (medico, odontológico, Fisioterapia) en PM considera relevante evaluar la situación económica del paciente
 - 11.- Algunos profesionales de la salud mencionan tener “buenos pacientes” que es para usted un “buen paciente”

*Las PM son buenos pacientes o como los describiría

12.- En alguna ocasión canalizo algún paciente PM que usted podía atender con a otro colega porque usted prefería no atenderlo.

Si.... Cual fue la causa

No...Termina pregunta

13.- Según su opinión cuales son los retos de su (profesión) en la atención a las PM

14.- Le gustaría realiza algún especialidad relacionada con la atención de PM

15.- Que piensa cuando escucha la palabra vejez

Dirección General de Bibliotecas UAQ

XII.1 Hoja de recolección de datos (Anexo 3)

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino: _____

Profesión:

Dentista _____

Enfermera _____

Fisioterapeuta _____

Medico _____

Psicólogo _____

Otros _____

Años de Práctica Profesional: _____

Conoce el termino Viejismo _____

XII.2 Instrumento (Anexo 4)

Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan

Instrucciones:

Selecciona con una X el lugar que corresponde o se acerca más a tu forma de pensar, contesta lo más honestamente posible.

Gracias por participar

| | | Muy en desacuerdo | Un poco en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Un poco de acuerdo | Muy de acuerdo |
|---|---|-------------------|-----------------------|---------------|------------|--------------------|----------------|
| 1 | Probablemente sería mucho mejor si los adultos mayores vivieran en unidades habitacionales con gente de su misma edad. | | | | | | |
| 2 | La mayoría de adultos mayores tienden a tener sus hogares en un aspecto desaseado e inactivo. | | | | | | |
| 3 | La gente se vuelve más sabia con la llegada de los años. | | | | | | |
| 4 | Una de las cualidades más interesantes y entretenidas de la mayoría de adultos mayores es el contar sus experiencias pasadas. | | | | | | |
| 5 | Los adultos mayores tienen mucho poder en los negocios y la política. | | | | | | |
| 6 | Si piensas un poco, los adultos mayores tienen los mismos defectos que cualquier otra persona. | | | | | | |
| 7 | La mayoría de adultos mayores realmente no son diferentes de los demás; así como las personas más jóvenes, ellos son fáciles de entender. | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 8 | Tú puedes contar con una unidad habitacional agradable cuando hay un número considerable de adultos mayores viviendo allí. | | | | | | |
| 9 | La mayoría de adultos mayores prefieren jubilarse tan pronto como sus pensiones o sus hijos puedan mantenerlos. | | | | | | |
| 10 | La mayoría de adultos mayores son alegres, agradables y de buen humor | | | | | | |
| 11 | Generalmente se puede confiar en que la mayoría de adultos mayores pueden mantener un hogar limpio y atractivo. | | | | | | |
| 12 | La mayoría de adultos mayores constantemente se quejan del comportamiento de la generación juvenil. | | | | | | |
| 13 | La mayoría de adultos mayores pasan mucho tiempo metiéndose en los asuntos de otros y dando consejos a quienes no se los han pedido. | | | | | | |
| 14 | Los adultos mayores deberían tener más poder en los negocios y la política. | | | | | | |
| 15 | Probablemente sería mejor si la mayoría de adultos mayores vivieran en unidades habitacionales con gente más joven. | | | | | | |
| 16 | Hay algo diferente acerca del adulto mayor; es difícil saber lo que más les molesta. | | | | | | |

| | | Muy en desacuerdo | Un poco en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Un poco de acuerdo | Muy de acuerdo |
|----|--|-------------------|-----------------------|---------------|------------|--------------------|----------------|
| 17 | Es tonto pensar que sabiduría viene con la edad. | | | | | | |
| 18 | Si los adultos mayores quieren caerles bien a otras personas, su primer paso debería ser el deshacerse de sus defectos irritantes. | | | | | | |
| 19 | Es evidente que la mayoría de adultos mayores son muy diferentes el uno del otro. | | | | | | |
| 20 | La mayoría de adultos mayores son capaces de nuevas adaptaciones cuando cierta situación la requiera. | | | | | | |
| 21 | Uno casi nunca escucha los adultos mayores quejarse acerca del comportamiento de la generación juvenil. | | | | | | |
| 22 | La mayoría de adultos mayores son irritables, mal humorados y desagradables | | | | | | |
| 23 | La mayoría de los adultos mayores establece sus formas de ser y/o actuar que les es difícil de cambiar. | | | | | | |
| 24 | La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta relajado al estar con ellos. | | | | | | |
| 25 | La mayoría de adultos mayores hacen excesivas demandas por amor y seguridad más que cualquier otra persona. | | | | | | |
| 26 | La mayoría de adultos mayores prefieren continuar trabajando siempre y cuando ellos puedan hacerlo antes que estar dependiendo de alguien más. | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 27 | La mayoría de adultos mayores no necesitan amor y seguridad más que cualquier otra persona. | | | | | | |
| 28 | La mayoría de adultos mayores parecen bastante limpios y ordenados en su apariencia personal. | | | | | | |
| 29 | La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta incómodo. | | | | | | |
| 30 | Hay algunas excepciones; pero en general la mayoría de adultos mayores son muy parecidos. | | | | | | |
| 31 | A fin de tener un unidad habitacional agradable, sería mejor no tener muchos adultos mayores viviendo allí. | | | | | | |
| 32 | La mayoría de adultos mayores aburren a otros al insistir en querer hablar acerca de los "viejos tiempos". | | | | | | |
| 33 | La mayoría de adultos mayores tienden a guardarse y a dar consejos solo cuando se les piden. | | | | | | |
| 34 | La mayoría de adultos mayores deberían preocuparse más de su apariencia personal; ellos son muy desordenados. | | | | | | |

XII.3 Carta de consentimiento informado. (Anexo 5)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado profesional;

Se le invita a participar en una investigación titulada "Relevancia de las actitudes viejistas de los profesionales de la salud en la atención de las personas mayores".

Investigador principal: Verónica Hernández Valle.

Asesor: Mtro. Alejandro Guevara Álvarez

Sede en donde se realiza la investigación: Universidad Autónoma de Querétaro.

Objetivo: Identificar la relevancia de las actitudes de los profesionales del área de la salud en la atención de personas mayores.

Si usted acepta participar en esta investigación, se le solicitará que responda un cuestionario. Las preguntas de este cuestionario se harían a todos los profesionales que laboran en las clínicas Universitarias. Las preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas, sólo se busca conocer tu opinión sobre una serie de situaciones referentes a las personas mayores. Llenar el cuestionario le tomaría aproximadamente 5 minutos.

La participación en esta actividad es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial. Todos los hallazgos significativos encontrados durante el curso de la investigación, se publicaran en un informe con los resultados globales sin identificar los nombres de los participantes.

Declaro haber leído el documento, entiendo la información contenida en él y por lo tanto hago constar mi aceptación de participar en esta investigación, mediante mi firma al calce de este documento.

Yo, _____, consiento en participar en la investigación.

Firma: _____

Fecha: _____

Muchas gracias por tu colaboración

Anexo 6
Cuadro operacional de Variables estudiadas

| Variable | Definición Conceptual | Definición operacional | Tipo de Variable | Indicador | Prueba Estadística |
|-----------|---|---|-----------------------|---|--|
| Edad | Cantidad de años cumplidos a la fecha de aplicación del estudio | De acuerdo a lo que indica su credencial INE | Cuantitativa continua | Años | *Tabla de frecuencias absolutas y relativas. *Media *Desviación estándar |
| Sexo | División del género humano en dos grupos: mujer u hombre | Según género biológico | Cualitativa nominal | Femenino Masculino | *Tabla de frecuencias absoluta y relativa *Razón *Proporción |
| Profesión | Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado y que recibe un salario | De acuerdo a como lo indica su Título profesional | Cualitativa nominal | *Odontólogo *Enfermera *Fisioterapeuta *Medico *Psicólogo *Otros | *Tabla de frecuencias absoluta y relativa *Razón *Proporción |

| | | | | | |
|--|---|---|-----------------------|---|--|
| Años de práctica profesional | Tiempo en el que ha practicado su profesión de forma remunerada | | Cuantitativa continua | Años | *Tabla de frecuencias absolutas y relativas. *Media *Desviación estándar |
| Actitudes hacia la persona mayor | Comportamiento que emplea un individuo referente a las personas mayores | Escala de actitudes hacia el adulto Mayor "Kogan" | Cualitativa Ordinal | *Tendencia positiva 204-149 *Intermedio 148 -92 *Tendencia negativa 91-34 | *Tabla de frecuencias absoluta y relativa *Media *Desviación estándar |
| Componente cognitivo de la actitud (estereotipo) Preguntas del 6 al 8 | Pensamientos y creencias | Análisis de contenido entrevista | Cualitativa | *Categorías asociadas al discurso cognitivo | |

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------|---|--|
| Componente afectivo de la actitud (prejuicios) Preguntas del 9 al 12 | Sentimientos y emociones | Análisis de contenido entrevista | Cualitativa | *Categorías asociadas al contenido afectivo | |
| Componente conductual de la actitud (acciones) Preguntas del 13 al 15 | Intenciones o disposiciones a la acción | Análisis de contenido entrevista | Cualitativa | *Categorías asociadas al contenido conductual | |
| Viejismo negativo | Es aquel que considera que las personas mayores representan un proceso de declinación de sus habilidades, físicas, mentales, sociales y psicológicas | Análisis de contenido entrevista | Cualitativa nominal | *Existe *No existe | |

| | | | | | |
|-------------------|--|----------------------------------|---------------------|---------------------------|--|
| Viejismo positivo | Es aquel que considera que las personas mayores son frágiles y son como niños y se generan comportamientos benévolos y complacientes | Análisis de contenido entrevista | Cualitativa nominal | *Existe *No existe | |
|-------------------|--|----------------------------------|---------------------|---------------------------|--|

Fuente: *Elaboración Propia*

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Anexo 6 Entrevistas completas

A continuación se presentan las preguntas y respuestas obtenidas

1.- ¿Está de acuerdo con participar en esta entrevista y que pueda grabarla?

El 100% de los participantes aceptaron participar y aceptaron que se grabara la entrevista.

2.- ¿Podría decirme su profesión?

En el cuadro 4 se enlistan los profesionales que participaron incluyendo el género.

3.- ¿Cuántos años tiene ejerciendo su profesión?

| | |
|-----------------------------------|----|
| “Desde el 2014 hasta fecha” | E1 |
| “5 años” | E2 |
| “Más de 24 años” | E3 |
| “5 años” | E4 |
| “2 años” | E5 |
| ”La profesión como tal 40 años” | E6 |
| “Son 23 años” | E7 |
| “10 años de práctica profesional” | E8 |
| “8 años” | E9 |

4.- ¿Además de trabajar en la clínica universitaria donde más trabaja?

8 de los participantes atiende consulta privada y 1 atiende en institución pública y consulta privada.

5.- ¿En los últimos 6 mes a atendido personas mayores?

E1
“Todos los días ya que en el ISSSTE tenemos mucha población adulta generalmente yo creo que el 70 por ciento de los pacientes es población adulta arriba de 50-60 años.”

E2
“Si, una buena cantidad de la clientela digamos de pacientes es una persona mayor.”

E3
“Honestamente pocos, atiendo más de otros rangos de edad, los que he atendido es porque me los han referido no porque yo los busque.”

E4
“40 por ciento de mis pacientitos son de la tercera edad.”

E5
“Diario, porque es mi área soy rehabilitador bucal que se llama prótesis dental y mi área es en la odontogeriatría la rehabilitación a personas adultas mayores.”

E6
“Es poco, realmente los pacientes de edad más común puede oscilar entre los 20 y 50 o tal vez 60, pero personas ya de edad avanzada o adultos mayores es como el 5 por ciento.”

E8
“Si, he participado en protocolos con adultos mayores, yo trabaje con estos pacientes, les daba seguimiento a largo plazo, yo lo que hice fue aplicarles pruebas neuropsicológicas que se llama neuropsych, pruebas de inteligencia y otras y ahí es donde trabajo con esta población.”

E9
“Si, normalmente en lo privado.”

Las siguientes preguntas buscan explorar el componente afectivo asociado con los prejuicios (Descrito en la página 10 de este trabajo) referente a la atención de las personas Mayores

6.-Cuál es su (sensación- sentir) al atender personas mayores.

E1

“Pues me genera tranquilidad, son pacientes que te hacen reír y porque te cuentan la historia desde el inicio hasta el final y al final te comentan por lo que vienen pues la verdad es muy interesante atender a un adulto mayor.”

E2

“Me siento bien, he tenido pacientes tranquilos, obviamente cada procedimiento que se les realiza se les explica para que lo entienda y no se ponga nervioso y más que nada acepte lo que le está pasando.”

E3

“Bien con ellos la atención es un poquito más específica y en ocasiones hay que explicarles 2 o 3 veces, porque no retienen tanto como una persona adulta joven”.

E4

“Pues la verdad es que..... bueno como toda la vida me gusto ser médico, siempre no soñaba con otra cosa que ser médico, me encanta mi profesión, entonces cuando veo los pacientitos, los pacientes que no, no es que me cuesten pero no me gustan mucho son los niños y en cambio con los viejitos ahí lo disfruto, porque habitualmente tengo un contexto de comunicación con los viejitos muy padre, o sea es frecuente que hagamos empatía no solamente ellos conmigo que a veces uno es lo que pretende, sino yo también con ellos, entonces mucho de los pacientes que veo son pacientes ya regulares, ya son pacientes que ya sé que vienen conmigo, entonces la verdad es que ahí si lo disfruto y me entiendo relativamente bien porque tengo disposición para darle su tiempo, esperar a que conteesten y si alguno le gusta más, una cosa u otra pues así, uno ya conoce la personalidad de los pacientes y me llevo bastante bien con el adulto mayor.”

E5

“Híjole como me siento?; En ocasiones sentía que me costaba un poquito más de trabajo, por el hecho de que ya la audición y la vista ya la tuvieran en porcentaje menor, entonces empezar como esa parte de ser creativos, a ok no me escucha entonces, ósea ver opciones y captar la atención del paciente, otra que yo sentía que íbamos como un poquito más lento en la evolución y no pues no es cómo un paciente de 20,30 o 40 años no, pero si es gratificante, yo lo sentía así y es como la parte de, de que te cuentan también sus experiencias no, de que tu estas aplicando terapia pero el té platica de otras cosas que dices órale no, o sea esto no lo sabía de su vida cotidiana y eso a su vez a mí me ayudó muchísimo, como consejos, empiezan a aconsejar mucho o es que mira vete por aquí. No es que y empezábamos a dialogar mientras estábamos en terapia, entonces hacemos la

terapia como más llevadera no, no de tanto uno, dos, tres no o sea más relajada el paciente se sentía a gusto.”

E6

“Me siento muy feliz, creo que, bueno hay varios porque si creo que con la mayoría de ellos me alegra pero ahorita tengo una paciente que si es como muy compleja, entonces ella me desespera, si tengo que decirlo y ser honesta. Me desespera muchísimo porque las tareas nunca las hace adecuadamente, estoy trabajando y ella aaaaaaaaah (grita), entonces yo comprendo que les duele, pero también se trata de hablar con ellos, vienes por un dolor de hace aaaaños esto no está pasando desde ahorita, entonces obviamente es dolor, está la limitación es más, pero yo tengo que hacer mi trabajo, entonces hay que respirar, si trato de hablar muchísimo, entonces eso como que a veces digo, pero por favor, si se aguantaron tanto tiempo el dolor, pues ahora también aguántese ahora la manipulación. Pero trato de respirar y trabajar también en mi, conmigo misma de haber ten paciencia, esto es tu trabajo hazlo bien y trato de manejarme yo. Entonces, si hay de todo, porque hay otros pacientes que de verdad los ves y ellos te dan la terapia a ti en serio, me es agradable tratarlo..... Para mí si es agradable.”

E7

“Es una satisfacción muy grande ver que llegan con una carita triste, lo principal ya no buscan la estética sino la función ‘para comer bien y es muy agradable, muy benéfico verlos que se van contentos con una sonrisa, que pueden regresar con una molestia la cual se les corrige y se resuelve el problema.”

E8

“Si es una sensación diferente, no puedo decir que sea, no, no es incómodo, pero inmediatamente que uno ve a una persona mayor, uno inmediatamente se prende como un foco y decir esto es de más cuidado, y va a ser más compleja la manipulación. Entonces si se prende el foco. Pero no significa que por eso se demerite la calidad del tratamiento, se da el mismo servicio con calidad al de 20 que a alguien de 90. Normalmente uno los mimas más.

E9

“Cómoda,..... Si me siento cómoda eeh, ahora mi trabajo es muy neupsicologico muy orientado hacia lo cognitivo, hago cosas muy serias este, pero yo creo que si a lo mejor eeh, como no entramos nunca en temas de profundidad donde pudiéramos chocar así como polémicos o cosas así, que probablemente ahí hubiera sido como, no sé, me hubiera espantado a lo mejor.(sonríe).”

7.- Podría contarme alguna experiencia que recuerde referente a la atención de una Persona mayor.

E1

“Si fijate que si, una vez en el protocolo de los viejos como le decía la doctora, a un señor, pues le hice la prueba de inteligencia y luego le hice la pruebas neuropsicológicas creo que de personalidad ya no recuerdo de atención, de memoria y en una ocasión me dice oye “Nombre” señorita usted que es psicóloga espero no ofenderla con esta pregunta, le quiero hacer una pregunta, y yo pensé que me va a preguntar, como para esta introducción (sonríe) tan misteriosa y me dice, lo que pasa es que yo tengo glaucoma y utilizo una gotas carísimas y las utilizo cada cuatro horas, y sé que la mariguana se puede utilizar muchísimo menos y tiene un efecto más positivo que este medicamento estas gotitas, le dije a mi oftalmóloga y me dijo hay señor pero se nos va hacer adicto, que tal si se nos hace adicto. Tú crees que a mi edad me puedo hacer adicto a la mariguana? (sonríe) y yo me quede (sonríe) no sabía si reír o ponerme seria y que quiere que le conteste? (sonríe) y le dije no creo (sonríe). Dentro de mí solo pensé señor suéltese el pelo. (sonríe).”

E2

“Pues si a lo mejor fue alguna de las ultimas, era complejo que el paciente por ejemplo llegara, que accediera al consultorio y es más poderlo acomodar, porque no podía mover muchos sus piernas, si tenemos habilitado el consultorio para discapacitados, que puedan tener rampas especiales, elevador pero ya a la hora de acceder al consultorio, tienen que dejar su silla de ruedas y poder pasar a la unidad, y es algo muuuy complejo, a veces tan es así, que hay que cargar al paciente y tenerlo que sentar en algunas ocasiones, entonces a veces es complejo eso, por un lado y por el otro el que ya no tiene fuerza muscular en cuanto a la apertura y también tienden a tener problemas articulares en la articulación temporomandibular, entonces la apertura no es muy buena y si abren están temblando, entonces es muuuy compleja la atención por ese lado, y mira había que hacer endodoncia en donde tenemos que ver un diente muy específicamente con una muy buena apertura que es un trabajo más especializado, es más complejo hay situaciones donde, que a veces no podemos ya atenderlos, entonces si tenemos que mandarlo al departamento de geriatría para que tengan o que hacer otro tratamiento pertinente en lugar del que se indicaba.”

E3

“Recuerdo muchos y no acabaríamos hoy. Una significativa, en corto tiempo, de la semana pasada a esta, es una señora, que llego hace cerca de 21 días, en la historia clínica vimos que curso con cáncer de mama, la cual salió bien de su situación, pero regreso para colocarse una prótesis total, se le hicieron extracciones sin saber todavía ella misma que tuvo una metástasis a garganta, entonces está cursando con un cáncer en garganta y aun así tiene mucho interés, muy importante en la vida, y la estamos atendiendo algo que pudiera tardar dos meses su procedimiento, recuerde que estamos en escuela clínica, entonces tratamos de hacerlo lo más corto posible para que ella pueda irse a su tratamiento

ya más con sus dentaduras, y así como ese caso podemos mencionar muchos que dejan huella, la sra. Mary 103 años y de 103 años le pusimos una prótesis todavía tenía dientes, y dijo, oiga, y puedo comer mis gorditas o sea 103 años la traía su hija, y la hija con ella parecían hermanas.”

E4

“Pues tengo, actualmente tengo varios casos geriátricos, hay una señora de 84 años tiene una súper hiper cifosis de hecho es como imposible como el manejo de que este acostada o sea no tolera muchas posiciones, porque todo el día ella opta una posición pues estática, actividades ya no tiene, yo mi abordaje siempre va enfocado a que ella se mueva o sea dentro de las posibilidades que ella este un poquito más activa, con ella aplico mucho lo que es la facilitación con bobath, yo trato los movimientos como tipo las actividades de la vida diaria., que ella trate de estirarse si ella quiere cojer un objeto y todo eso lo ensayamos mediante el ejercicio, pero la señora se mueve mientras yo estoy ahí, pues por más que le digo su tareíta, ella no tiene otra intención, entonces pues se ha disminuido mucho la movilidad, hay más dolor, hay más inestabilidad, lo que la predispone por su puesto a una caída, pero si se platica con ella, pero no, es complejo, son complejos porque no se apegan a los tratamientos.”

E5

“Pues al atender a un paciente adulto mayor, es pues una historia, porque ellos no te cuenta de porque vienen a consulta como una adolescente, que dice yo vengo por esto, si no ellos te cuentan desde niño hasta el final a lo que viene a consulta y pues si te deja una satisfacción porque si son pacientes que tienen muchas enfermedades crónicas e incluso degenerativas y a pesar de eso tienen una actitud positiva hacia la vida.

No pues siempre por ejemplo, hay una paciente que me dice, siempre que lo vengo a ver me siento mejor doctor, porque en la casa siempre estoy encerrada y ya aquí mínimo platico con usted me distraigo me displayo de mis padecimientos, y pues si se sienten mejor.”

E6

“En específico recuerdo a una señora ya bastante grande que tenía como 90 años y ella estaba en total abandono, pero era muy agradable, muy abierta y pues obviamente solo se les daban los cuidados por la edad, ya estaba en silla de ruedas, ya se le ayudaba en muchas cosas.”

E7

Ahorita tengo un pacientito que tiene 84 años que es como un poco ya está muy grandecito, grandecito, grandecito ya ni habla bien, ya no camina muy bien pero tiene mucho dinero, entonces se estresa con mucha frecuencia y va todos los días a verme, lunes, martes, miércoles, jueves todos los santos días allá a la clínica a que lo revise, de echo quiere empezar a comer ya tiene como un tour digamos, ya tiene su horario deja la cuchara y dice que quiere ir a ver al doctor, va lo reviso, le va al américa, yo no le voy al américa, entonces siempre estamos bromeando aunque no habla, entonces lo veo tan seguido que ya hasta sabe que le voy hacer,

ya no le digo que habrá la boca ya sabe, que saque la lengua, ya sabe todo entonces nos da mucha risa porque siempre llega y le pregunto como esta y él contesta mal siempre es mal, pero lo chistoso es que al año se enferma ya tengo dos o tres años viéndolo y lo chistoso que él se enferma menos veces que yo, o sea él es más sano que yo.”

E8

Especial... si bueno haaaa recuerdo dos, los recuerdo muchísimo, eran geriátricos pero aparte habían sufrido EVC, entonces tenía toda esa parte neurológica más alteraciones de marcha, de equilibrio, de coordinación de la postura y la patología, entonces he umm ha ellos los recuerdo muchísimo, porque se vio un avance grande a pesar de que ya tenían cierta edad uno era de ochenta y el otro de sesenta y ocho años.

E9

“Umm. Puede ser una señora que se estuvo atendiendo por fractura de cadera para apoyarla en movilizaciones, una señora de 98 años, *porque la recuerdas?* Por la edad, no es común que me toque de esa edad.”

8.- Algunos profesionales de la salud mencionan tener “buenos pacientes” que es para usted un “buen paciente”. Las PM son buenos pacientes o como los describiría?.

E1

Si, la verdad si. si son buenos pacientes, no está enojado, está tranquilo, esta relajado, nunca te grita, este y aparte pues te platica de su vida o sea hay una muy buena comunicación en un paciente adulto mayor tanto medico como paciente. Si son buenos pacientes no aplica en todos porque si hay algunos pacientes que están deprimidos, porque si hay mucha depresión en el adulto mayor, por la parte esa de que a veces están solos pero en general pues si bien.”

E2

“Son los pacientes que siguen su tratamiento y se cuidan, *las PM son buenos paciente?* Creo que si.”

E3

“Bueno es una pregunta interesante, yo ciertamente no califico al paciente, o sea no podría decir quien es un buen paciente, quien es un mal paciente, supongo que tendrá que ver con que siga o no las indicaciones, habitualmente yo pienso y eso es lo que trato de hacer con los pacientes de que entiendan que pasa. *Las personas mayores?* Bueno con mucha frecuencia yo describo a los pacientes son un ente complejo.”

E4

“Un buen paciente es el que está sano (rie), Es el que sigue su tratamiento y da seguimiento a su tratamiento hasta que tú lo das de alta. *Las personas mayores?* Pues como todo algunos sí.”

E5

“Híjole para mí sería, es como aquella persona que se puede, que nos acoplamos, que nos adaptamos en cuanto a paciente-profesional, que mantenemos esa relación sana, cordial, tanto él se responsabiliza de sus sesiones, lo que tiene que trabajar, como yo me responsabilizo del compromiso que adquiero al darle la terapia y pues al realizar el tratamiento. *Las Personas mayores?* Si pues no sé, no siento que seamos buenos o malas personas, pero sí con estos pacientes sí. Están bien.”

E6

“Yo no lo utilizo, yo diaria pacientes comprometidos de que quieren salir adelante, de que las indicaciones las siguen al pie de la letra e incluso buscan otras alternativas, probablemente hace se puedan referir buenos pacientes. *Las personas mayores?* No, no son comprometidos (sonríe), es que muchos de ellos batallan de la memoria muchos, no sé si es su justificación pero dicen ¡hay es que lo olvide!, es que se me paso pero yo soy así. Son complejos pues es que aparte, tienen de ¡todo!”

E7

Un buen paciente la palabra lo dice paciencia, entonces un paciente para uno decir que es bueno, es aquel que va a llevar su tratamiento, en sus citas, que llegue puntual, porque hay que recordar que esas dos horas que se le van a dedicar, si no aviso con tiempo es hora perdida para el profesional, entonces el profesional ya no puede atender a otra persona que si quería. *Las personas Mayores?* Son buenos pacientes pero no hay que olvidar que la persona como tal es un individuo y viene desde la formación porque aquí tenemos la clínica del bebe niños de 2 años hasta mis niños de 100 años.”

E8

Tendría que cumplir varias características, desde aquel que no se queja, aquel que acepta el tratamiento, aquel que tiene un modo muy agradable. *Las personas Mayores?* he tenido de los dos, he tenido pacientes especiales y más especiales y también perfectos pacientes, muy nobles, tiernos, vengo a que usted haga lo que quiera conmigo doctor, me pongo en sus manos y quiero estar bien y eso es un excelente alternativa, porque con eso ya podemos ofrecer la mejor atención para el paciente y tienen un excelente modos y son muy tiernos, personalmente me ha tocado mujeres súper tiernas, muy alegres, muy amables y como que uno queda muy satisfecho porque al ver que les encanta la atención y quedan satisfechas ellas en automático uno queda satisfecho.”

E9

Un buen paciente es el que no falta, que no deja las sesiones, que no abandona la sesión que coopera eeh que trabaja. Yo creo que un buen paciente de cualquier edad, aquel que además de las sesiones no falta, lo trabaja afuera y se nota los avances. *Y las personas mayores?* Ummm Yo creo que sí, pero creo, creo que los adultos mayores que tenemos ahorita así hoy 2019, son pacientes que no buscan la atención psicológica como de manera regular, yo creo que esa generación no. los que lo hacen es muy valioso que lo hagan, un nivel socioeconómico más alto...medio alto y eso me parece muy valioso que la busquen. Pero yo pensaría que si son buenos pacientes.....pocos.”

Las siguientes preguntas buscan explorar el **componente cognitivo** asociado con las creencias que generan estereotipos (Descrito en la página 9 de esta investigación) referente a la atención de las personas Mayores.

9.- Que piensa cuando las PM van solas a su consulta.

E1

“A veces que están abandonadas o que no tienen a nadie que los apoyen y de hecho, si me a tocado pacientes que son adultos mayores y que no tienen con quien ir a consulta.”

E2

“Yo muchas veces no me fijo mucho en eso, porque dices, son personas que no tienen hijos o que están solos o una se puede imaginar muchas cosas, que los hijos no los apoyan, o la familia, pero si la verdad yo en especial no me fijo tanto en eso.”

E3

“Pues no tengo ningún prejuicio eeh.....me parecería.....me parece muy valioso.”

E4

“Una persona adulta es desde los 60 años, entonces pues igual, depende de la edad que te llegue tu paciente, a veces el mismo adulto por tanto amor que les tiene a sus hijos, hay veces que prefiere no ventilarlo de que a lo mejor lo dejan en abandono o algo así.”

E5

Siii es algo que es como... brinca a la vista, gracias a Dios en el tipo de consulta que doy por lo menos que es consulta general, medicina familiar son los menos, entonces para que yo vea aun viejito solito es raro, muy raro y bueno ciertamente cuando me ha tocado verlo pues es triste.”

E6

“Híjole, creo que allí si esta como un poquito complicado en el aspecto familiar, Si creo que es un tema delicado, porque falta ese acompañamiento con el paciente, trabajar algo de comunicación en la familia, eh pues que se pongan que tengan esa empatía con ellos, que si realmente o requieren esa terapia, esa atención pues que vayan con ellos o que tengan pues esa facilidad de coordinación, de ha yo no puedo pues ahora tu acompáñalo, creo que si falta atención cuanto al paciente geriátrico.”

E7

“Híjole es como..... da mucha pena, da mucha pena que no hay alguien pues realmente asistiéndoles porque se requiere. Realmente son personas que requieren apoyo.”

E8

“Si vemos que es en aspecto físico motor, bien puede llegar en sus tres esferas no hay ningún problema y cuando hay un procedimiento quirúrgico si se le pide al paciente que venga acompañado para poder explicar, es hipertenso o tiene alguna enfermedad puesto que en la historia clínica lo exponen y muchas veces omiten datos que pueden ser importantes, entonces si es algo que es apremiante en su momento dado que vengam acompañados. Pero aparte la pregunta directa, si se siente feo que vengam solos.”

E9

Que todavía es muy capaz, aunque sea de edad avanzada pues es independiente y hasta el foco ese que se prendía cuando veía a alguien, como que se apaga, uno dice, el vino solo, es capaz, perfectamente vamos a poder trabajar con el sin ningún problema.”

10.- Según su opinión cuales son los retos de su (profesión) en la atención a las PM.

E1

“Muchas veces hay que tener mucha paciencia porque por ejemplo tenemos un tiempo límite para la atención de un paciente que son 15 minutos y si hay que tener mucha paciencia porque como le digo te platican toda la historia y al final en 5 minutos te platican a lo que van. Así que hay que tener mucha paciencia con el adulto y en el caso de la priva me puedo llevar hasta 45 minutos con un paciente adulto mayor. El reto es el diagnóstico.”

E2

“Ummmm yo pensaría, como mi formación es muy cognitiva yo pensaría que hay dos grandes rubros, como en el de la salud a evitar el deterioro cognitivo ese sería un gran paso en hacer más para evitar el deterioro cognitivo, hacer más eh por ejemplo muchos patrones de violencia vienen desde los abuelos, desde que se ejerció violencia siendo papás, entonces pienso que se podrían trabajar cosas para nosotros estar bien tendríamos que reconciliarnos con nuestro pasado, y muchas veces nuestro pasado sigue vivo y en nuestras casas de nuestros papas o sea en casa de nuestros abuelos, entonces a lo mejor está en si trabajar con estas poblaciones, en sanar cosas de violencia, de desapego o de, porque digo los señores de 60 que ahorita tienen más de 60 o 70 años pues son gente que fue muy golpeada de niños son generaciones que golpearon a sus hijos, son generaciones que, que les tocó vivir mucha pobreza y yo creo que habría que sanar nuestro pasado también sería ayudarles a ellos a sanar esas cosas.”

E3

“Lograr que queden satisfechos con la atención que se les está dando y es una manera que ellos estén bien. Que la atención es personalizada hacia ellos y tengan una calidad de vida, siempre estar preparado y capacitado.”

E4

Creo yo, trabajar mucho en cuanto a la esfera biopsicosocial, trabajar con alteraciones, bueno comprender las alteraciones a nivel neurológico que impactan ya para alteraciones de la audición de visión, de todos esos factores, contemplar mucho como se encuentran en su casa con su familia porque al final de cuenta es toda la esfera. Eeeeh Si considero que es un reto de cierta forma mayor pero si vemos desde el aspecto del ser eeeh pues todos los pacientes son importantes.”

E5

Si Es la prevención, eso me queda muy claro. o sea si el paciente va conmigo y yo lo diagnóstico por ejemplo como diabetes, el paciente no sabe que es diabetes, sabe de diabetes lo que escucha en la tienda, en la abuelita, en la comadre y desafortunadamente ahora que es algo que nos viene a poner mucho problema es, que tiene acceso a las redes sociales, tiene acceso a internet y si ellos ven, ponen diabetes va a salir lo más taquillero, que es a lo mejor las complicaciones que les cortan un pie, entonces el paciente tiene una carga de conocimiento, una

disgregada, otra está totalmente fuera de la realidad y pues todos somos humanos y le hacemos más caso a las noticias malas, a las más feas y entonces yo creo, que nuestro deber es algo que hago frecuentemente, es decirle al paciente que tiene que conocer su enfermedad, para que sepa con quien se va a agarrar la batalla y si uno conoce al enemigo, sabe cómo tratar de librarlo o como salir lo mejor librado posible, entonces yo creo que el paciente debe tener educación y la gente no invierte en prevención la gente invierte en enfermedad y eso es un problema el gasto es muy alto.”

E6

Cumplir con el objetivo de otorgarle o hacerle una mejor calidad de vida, para que puedan vivir con un confort y que puedan ser lo más independientes que se pueda.

E7

Pues yo creo ya estando un paciente típico, que ya es por la edad, tantos factores como enfermedades, que no es una, son varias, que están muy limitados, que están restringidos incluso. Yo creo que es muy complejo, pero yo trabajaría..... en ver la importancia de ser de cierta manera autónomos, suficientes, de ser funcionales, de seguir con esa autonomía, y yo creo que es como, es que tenemos que apostarle, le hemos apostado mucho a la prevención pero no es suficiente, porque es somos muy cómoda la gente, dicen no tengo tiempo de hacer ejercicio, tenemos mil pretextos, pero yo creo que antes de llegar a esa etapa siempre cambiar de hábitos de estilo de vida, pero ya en un paciente así, yo creo transmitirle la importancia de que sea lo más independiente posible y que no dependa de nada porque si se minimizan y también trabajar, yo creo que mucho las cuestiones emocionales porque la mayoría de ellos son personas que se deprimen mucho y ya no le ven el beneficio, pero yo creo que hacer un tratamiento completo desde canalizarlos con otros profesionales, las emociones son muy importantes.”

E8

“El reto es diario, desde que llega un paciente ya es un reto porque, no sabemos cómo viene qué va a necesitar, ya se le va tratando se le va buscando la solución al problema que el exprese. El reto es precisamente a tender y hacer que la armonía bucodental sea la adecuada. El reto del odontólogo es retardar lo que con el tiempo va a suceder.”

E9

“Uno creo es el lograr entenderlas por todo lo que han pasado y que traen sus ideas y que pues no tanto de consentirlas, pero si el reto del odontólogo es que a veces me incluyo ponemos nuestros lineamientos y no nos ponemos en su lugar y eso es un reto, así como dan clases de odonto pediatria y como controlar a un niño, no se dan tal cual las clases en geriatría de cómo tratar a alguien de edad avanzada, en cuanto al aspecto psicológico y físico, pues te dicen en geriatría (cambia la voz imitando a alguien enérgico) “hay que hacer prótesis totales porque ya no tienen dientes y hay que ayudarlos a que puedan comer”, si eso es por un

lado, pero el otro lado, el reto de cómo tratarlo y como llevar esa relación con alguien de edad avanzada no la enseñan en la escuela y si es un reto tener que educarnos desde edades temprana como profesionistas para cuando nos topemos estos casos, como cuando te topas con un niño que llora y no se deja atender como lo controlas, como atender a un adulto mayor y que lo puedas controlar, ese reto psicológico y físico también de cómo pasarlo a la unidad si no puede caminar y eso no lo enseñan.”

11.- ¿Le gustaría realiza algún especialidad relacionada con la atención de PM?.

E1

No, No no no, la verdad no a lo mejor si me lo preguntan ahorita seguiría diciendo no. No, porque me gusta mi área que es endodoncia, estoy haciendo otra parte que es implantología pero es más ubicado para gente no tan mayor, no tanto que sea excluyente si vemos en endodoncia e implantología adulto mayor pero no es la norma, pero también creo que por otro lado es un campo muy reducido un 5 por ciento profesionalmente hablando, también uno tiene que ver que uno vive de esto y si es por algo altruismo a bueno vamos hacer algo, me comprometo y si cooperaria, pero ya para vivir de esto es algo complicado porque no hay tanto, en mi campo en mi área.

E2

“Bueno el objetivo como médico es lo quirúrgico y me gustaría ser especialista en otorrino, pero a fin al cabo también se atienden pacientes adultos mayores que tienen problemas de oído, entonces de toda forma vería adultos mayores por las hipoacusias entonces no se dejaría de ver adultos mayores.”

E3

“No. prefiero atender niños, prefiero pediatría.”

E4

No. Aunque no tengo una población de preferencia, no.”

E5

“No, nunca lo hubiera hecho. A mi realmente me gusta las especialidades quirúrgicas. No me llama la atención, si disfruto estar con un paciente adulto mayor, pero por salud personal no, no estudiaría geriatría pero por mí.

E6

Honestamente No, me gusta atenderlos, pero no como especialidad o maestría, no.”

E7

Pues yo creo, yo estoy haciendo la maestría en neurorehabilitacion y como parte si se ven de todo tipo de pacientes. Pero geriatría? Si me gustaría. me gusta estudiar pero ahorita por cuestiones de tiempo no.”

E8

Sí. Si me gustaría. Si lo he pensado, fíjate que no lo proponía mucho, yo tenía una maestra de estudios socioeconómicos en la universidad y ella nos decía que en futuro va haber muchos viejos y ella nos calculaba que nuestra población era bueno empezar a trabajar en lo geriátrico, en la salud mental de los adultos mayores porque iba a ver muchos y vamos a ser muchos, desde entonces me he puesto a pensar en eso o sea en cuestiones cognitivas por ejemplo o incluso emocionales sin embargo no me llegan a la consulta privada pacientes, también tiene mucho que ver con la edad yo pienso.

E9

“Yo soy especialista en atención de personas mayores.”

12.- ¿Que piensa cuando escucha la palabra vejez?

E1

“Madurez y experiencia.”

E2

“Que a veces es bonito y a veces no.”

E3

“Es una etapa de la vida que quieras o no vas a llegar y se tiene que disfrutar.”

E4

“Pues varias cosas, una que es universal, dos que todos vamos a llegar, tres que hay que llegar lo mejor preparados. No le tengo miedo a la vejez o trato de no tenerle miedo y digo siento de pronto que es algo que nos va allegar a todos y solo quisiera llegar sabiendo que me cuide de alguna forma y que ayude a otros a llegar más o menos bien.”

E5

“Nostalgia eehh Como si el voy a llegar? (sonríe) y en experiencia.”

E6

“Muchas oportunidades yo, pudiera pesar en todo lo negativo que se piensa y se visualiza pero no, yo creo que es una etapa que se puede disfrutar, vivir plenamente todo lo que ya trabajaste y todo lo que lograste, pero, si se requiere el compromiso que desde ahorita cambiemos los etilos de vida que tanto mal nos hacen.”

E7

“La vejez es un proceso, biológico, psicológico adaptativo en el paso del tiempo, entonces la vejez es experiencia mas no estorbancia.”

E8

“Probablemente alguien con capacidades disminuidas, por la misma edad avanzada, o sea, se piensa en alguien con el pelo blanco y que le cuesta trabajo moverse o caminar y yo hablo de la vejez tirándole 85 o 95 años, yo alguien de 70 años no lo veo en el concepto de vejez, no sé si sea general o sea personal.”

E9

Me da miedo. Pienso que me da miedo porque creo se ensalza mucho a la juventud ahorita, todo apunta para que seamos más jóvenes báñate con agua fría para que seas más joven, no te maquilles tanto para que te veas más joven, crema anti edad, todo apunta, como si lo joven fuera bueno, lo viejo fuera malo, entonces creo que eso ha colaborado (sonríe). O sea como pues a morir, a que la gente que yo de mi familia envejecamos y el fin este cerca, eh creo que me concentraría en la primer palabra que viene a mi mente si es como más de miedo. Pues hay otras cosas que tendría que haber recuperado experiencia, reconocimiento. Te soy honesta lo que siente es como miedo, pues ese miedo a la enfermedad.

Las siguientes preguntas buscan explorar el componente actitudinal asociado a las conductas (descrito en la página 11 de este trabajo) referente a la atención de las personas Mayores.

13.- ¿Alguna vez ha tenido algún paciente que no esté de acuerdo con su tratamiento?

*Si..... Que hizo para llegar a un acuerdo en su tratamiento

*No....Imagine una situación así, que haría para llegar a un acuerdo en su tratamiento.

E1

“Fíjate que nunca me ha pasado, pero si me llegara a ocurrir haría lo que hago con todas las poblaciones negociar, yo negocio desde un niño de 3 años, desde que el niño habla negocio con él, negocio con los adolescentes, con los adultos mayores haría lo mismo.”

E2

“A lo mejor hace un par de años si, porque estaba indicado el salvar el diente, pero el paciente quería quitárselo y si se vuelven un poquito más por decirlo así más necios, por sus costumbres, por sus ideas y a lo mejor también lo ven de manera práctica y dicen yo no quiero estar regresando, yo no quiero volver a venir, quítemela y ahí muere. Pues uno decía espérese se le podía salvar el diente pero a lo mejor tenía que venir 5 o 6 veces y es donde ahí uno no está de acuerdo, pero también nosotros ya estamos en el punto, de no estamos tampoco para consentir al paciente en cuanto a sus ideas queremos lo mejor para ellos y lo mejor es conservar las piezas.”

E3

“Generalmente No, como son pacientes crónicos y generalmente son pacientes subsecuentes y ya llevan un tratamiento a largo plazo. Si hubiera uno, Ah Pues se le explica los beneficios de tomar cierto fármaco, a pesar de ser un médico joven, porque si te ven joven como médico, pero no, no he tenido ningún problema al contrario los pacientes adultos mayores dicen, juventud igual a actualizado.”

E4

“Sí. Por ejemplo en mi familia personas de la tercera edad no aceptan que tienen el padecimiento o que son complicaciones de las enfermedades que ya tienen y pues si es difícil lograr que se atiendan, que lleven un tratamiento correcto y que ellos se cuiden y que tengan medidas preventivas para prevenir más complicaciones. Qué hago?. Les insisto mucho, les explico, les digo puede pasar esto, puede llegar a suceder esto a complicarse más y tener dificultades en un futuro o no se no poder trabajar.”

E5

“Sí. Lo que yo he hecho es explicarles bien, concientizarlos de cuáles son los efectos que puede tener no atenderse y el apoyo con familiar, porque luego a nosotros enfermeros nos ven vestidos de blanco y a veces ponen como alguna barrera para no ser atendidos, entonces, se busca el apoyo con familiares para que se pueda llevar el tratamiento.”

E6

“No, creo que no me ha pasado, quizás porque me tomo el tiempo de explicarles y que entiendan porque la situación. Y bueno yo siento que si pasara con un viejito al final lo tengo que convencer que quien solicito la atención medica pues es el.”

E7

“No que crees que no. Yo lo convencería desde la parte de la historia clínica, todo lo que realizamos, eeh los datos que nos arrojan la exploración física, le justificaría desde mi parte fisioterapéutica por qué requiere un agente físico o trabajar cierto ejercicio, no se cierta técnica justificarla y decirle sabes que esto nos ayuda para esto, si de plano veo o en su momento no ha sucedido pero si de plano veo que el paciente dice es que no estoy de acuerdo, ok entonces eso es lo que puedo hacer por ti, esta es la forma en que te puedo ayudar y si no pues se refiere a otra revisión y yo quedaría hasta allí y si él quiere trabajar adelante y si no vería la forma que reciba la atención por otro lado si él así lo desea.”

E8

“Si, Híjole yo soy bien dura, yo soy bien dura con todos mis pacientes creo que siempre les explicó en el día de la valoración, les explico haber esto es lo normal y me apoyo mucho de mis dibujos, haber esta es la columna o este es el pie, trato de explicarles muy bien para decirles esto es lo normal y contigo está pasando esto, necesitamos trabajar en esto, en esto y en esto, para prevenir esto, dudas, aclaraciones.....Yo siempre les digo desde un principio, cualquier duda, cualquier cosa, desacuerdo dígame, trato de hablarles muy honestamente pero soy bien exigente con toodos , pregunto hizo su tarea?....No, dígame porque, venga repita todo lo que hicimos la sesión pasada dígame.....No pues es que no me acuerdo.....Entonces no la hizo, no me engañe, vamos a repetirla pero yo dependo de usted, no soy maga, yo no hago milagros, necesito su apoyo, necesito su participación. Siento que soy muy atenta con todos mis pacientes y ellos también.”

E9

Si, aquí hay una situación, aquí y en la consulta privada, hay quienes aceptan y no, entonces nosotros tenemos como regla hacer un historial clínico, dentro del historial clínico, existe lo que se llama consentimiento informado, se le dice al paciente se le va hacer esto, esto y esto, y si el paciente estoy de acuerdo firma y si no está de acuerdo no firma. Porque una de mis sugerencias hacia mis alumnos es que no recomienden, sugieran, porque si recomiendan algo y por x causa atribuible al mismo profesionista, al docente al alumno o al paciente va a decir usted me lo recomendó, usted responde, entonces y otra es no garantizar, porque puede poner algo muy bien y le decimos no coma esto y pueden hacer lo contrario y no sabe uno los cuidados y la vida que puedan tener, entonces es ahí donde puede surgir detalles.

Se puede uno decir, esto es lo que le recomiendo ideal, pero hay varios factores económicos recuerden que muchas veces el adulto mayor no cuenta con una solvencia económica propia y requiere de sus familiares directos y en esta edad se gasta mucho en medicamentos.”

14.- Cuando indica algún tratamiento en PM considera relevante evaluar la situación económica del paciente.

E1

“Si, si principalmente del particular, por hay tratamientos que si son muy costosos y la situación económica muchas veces no la indagamos en el paciente, simplemente prescribimos un fármaco y ya es asunto de nosotros, pero si es importante indagar esa parte de lo económico por ejemplo le podemos prescribir un medicamento que si le va ayudar pero talvez no lo va a poder comprar y si lo considero, pero muchas veces por ejemplo, comento el factor positivo de que si es más caro pero el beneficio tal vez suele ser un poquito mayor, pero sino tiene la posibilidad tratamos de dar un fármaco similar y que sea con el mismo beneficio.”

E2

“La verdad no, el precio es parejo para todos, pero si me ha tocado pacientes de edad avanzada que me dicen, doctor son viuda o viudo, no trabajo ya, dependo de una pensión y no me alcanza y si manejamos un descuento o un precio especial, en estos casos les digo que los solicite.”

E3

No indico sugiero, Claro, lógicamente si porque, en la actualidad algo que ya nos llegó, ya no es futuro, es poner implantes, una rehabilitación con implantes va desde los diez mil, doce mil, diez ocho mil, es algo un tanto elevado y hay odontólogos o rehabilitadores que pueden cobrar hasta treinta mil, vamos, dependiendo el material con que se lo ponga y donde vaya a ponérselo, pero por lo regular se le dice todo al paciente, yo lo puedo rehabilitar desde una prótesis provisional después algo definitivo, algo fijo, algo semi fijo se le puede sugerir el uso de implantes y que cuidados deben de tener, pero no a todos porque también va a depender la consistencia del hueso, su estado físico, psicológico, económico entonces ya . pero si se sugiere porque, porque a lo mejor uno dice no tiene y puede tener sus ahorros y se le dice al poner esto usted va a sufrir una cirugía, o sea sufrir en el sentido de cómo acontecimientos, se le va a realizar una cirugía y puede decir, yo no quiero que me operen no quiero nada, la frase muy común para los años que me faltan y entonces si, y hay quienes dicen si, si quiero, pero se le tiene que hacer ciertos estudios para determinar, si es un paciente candidato para poner el implante.”

E4

Sí, pero hay que explicarles que a lo mejor son tratamientos caros, pero es caro en corto tiempo a que si llevan uno de costo barato, luego lo barato sale caro. Se puede ayudar espaciando las consultas.”

E5

Sí, pues hay que ver el costo beneficio, algunos tratamientos a lo mejor el costoso durante menor tiempo que aun largo plazo, es invertirlo, con toda la tecnología, bueno yo veo muchas curaciones, son tratamientos caros pero en corto tiempo la recuperación es rapidísimo. Cuando son particulares, lo que yo hago para ayudar, es dar educación al familiar o al mismo paciente, para que no estén cubriendo la mano de obra y solo gasten en el tratamiento y espaciar las consultas a periodos más largos y estar monitorizando para que se les del tratamiento correcto. Para aminorarles el costo se trabaja con el familiar para que apoye al paciente.”

E6

Sí. Sucede con mucha frecuencia, yo siempre les digo, que al paciente hay que cuidarle el bolsillo hay que saber tratarlo, hay que saber recibirlo, hay que checarlo y verlo desde que viene caminando y que sepa que ya lo estoy viendo que sepa que va a recibir la atención. Se me hace muy importante, muchas veces no sabemos si el paciente junto a tostones la consulta y si yo le doy una receta que va a costar tres veces lo que costo la consulta a lo mejor no va a poder costearla, entonces al final no se va a curar por la visita, siempre le digo a la gente aunque se sientan mejor por vernos no se curan por eso, se curan por consumir el tratamiento pero con frecuencia el tratamiento tiene que venir pegado a ciertas cambios, higiénicos dietéticos en su vida.”

E7

Yo en ocasiones si lo he considerado, en ocasiones si, de hecho de forma particular he apoyado a ciertas personas, por ejemplo, si requería más sesiones le decía, si usted no cuenta pues con la facilidad ok nos vemos tal vez en menos días, te voy a dejar esto y esto para casa, vemos cómo vas evolucionando, si evolucionamos rápido en estas sesiones con trabajo en casa entonces podemos reducir si lo considero.”

E8

“Si, yo creo que es de las cosas más importantes, sobre todo en la consulta privada sobre todo, bueno incluso también aquí en la clínica, tengo la facultad de decir, sabes se les va aplicar un descuento. La modificación no afecta la calidad? No creo que jamás haría eso, en mi persona no, no lo haría porque no es ético y no es mi finalidad, la finalidad de mi trabajo no es hacerme rica pero si lograr mis objetivos y lograr que ellos estén bien.”

E9

“Si, si fíjate que siempre en todas las poblaciones, mucho de nuestro trabajo debe ser generar acuerdos o contratos de trabajo. Si hay diferencias socioeconómicas en las personas que vemos, nuestros recursos cognitivos son distintos, si aunque quisiéramos pensar que no (sonríe) si las hay. Con la edad si tendemos hacernos un poquito más necios. Como decirlo que un adulto mayores están más arraigadas unas cosas, que a lo mejor en adultos mayores sin recursos estén más arraigas unos pensamientos o con recursos algunos otros de otra naturaleza pero si más arraigados que otra población.”

15.- En alguna ocasión canalizo algún paciente PM que usted podía atender con a otro colega porque usted prefería no atenderlo. Si.... Cual fue la causa

E1

“Si, es que por lineamientos institucionales, lo tiene que ver el geriatra una vez al año. Más que nada yo creo que si se hace la referencia en un adulto mayor puede tener un problema intestinal de obstrucción y el tratamiento puede ser quirúrgico y ahí pues ya no entramos nosotros, ahí por ende se tiene que pasar en este caso al cirujano.”

E2

“No, digamos que no pueda trátalos por una cuestión personal no, que no pueda tratarlos por una cuestión de patología sí, eso sí, entonces los derivo pero los derivo con gente que sé que está bien, cuando siempre que los derivo les doy mi número telefónico por si tiene alguna duda o algo no estuvo de acuerdo lo que sea, pueda de alguna forma mandarme un mensaje o todo eso, porque no se termina nuestra responsabilidad cuando el sale de nuestro consultorio.”

E3

“No que yo recuerde.”

E4

“No directamente, apoye en la clínica a una compañera que se le complicaba un poquito y me acerque con ella y terminamos canalizándola a traumatología y ortopedia. Consideramos que este caso, requeríamos que tuviéramos ese apoyo desde una vista de trauma.”

E5

“Sí. en específico un señor con Parkinson, era muy, no sé si la palabra es correcta era “libidinoso” demasiado, durante la sesión se me queda viendo, me veía con una mirada muy fija, trate de aguantar, trate de ser prudente, de tomar mi medida, tuve que asignarlo a otra persona.”

E6

“Si claro, un par, uno porque no me competía a mí era otra área y lo tuve que mandar a otro servicio y otro que él quería quitársela y otra opción es que vea al geriatra para que le hagan tal vez su prótesis fija y podamos discutir el que sí o el que no. un par de veces. La causa fue el tratamiento en específico.”

E7

“No. solo en el caso simplemente, como complemento para su tratamiento.”

E8

“No nunca me ha pasado...pero me podría pasar. En esa población uuuuum pues es que su necesidad me superara o su conservadurismo, o sea que a lo mejor fuera un homofóbico o una muy religiosa, pero de este corte ortodoxo en el que no permitiera como la duda o el espacio a otras formas de pensar, yo creo que me causaría un efecto negativo eso te lo reconozco porque si..... eso puede ser, eso podría ser.”

E9

“No, no porque yo no lo quiera, sino porque, requiere la intervención de otro profesional.”