



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

**EVALUACIÓN DE LA ACTITUD EN LOS ESTUDIANTES DE
MEDICINA HACIA LOS ADULTOS MAYORES (> 65 AÑOS) ANTES
Y DESPUÉS DE CUMPLIR SU ROTACIÓN POR
GERIATRÍA/ENVEJECIMIENTO EN LAS UNIVERSIDADES DE
QUITO QUE CUENTAN CON ESTA CÁTEDRA, EN EL AÑO 2014.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

MARÍA FERNANDA NOVOA VILLAVICENCIO

Director: Dr. Patricio Buendía Gómez De La Torre

Tutor Metodológico: Dr. José Sola

Quito, 2014

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia, quienes hoy y siempre han estado y están conmigo en los momentos más gratos y difíciles de mi vida.

Dedicado a todos quienes respetan y valoran a los adultos mayores.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres, Edgar y Fabiola, muchísimas gracias porque por ustedes he llegado hasta aquí, y sé que ahora están orgullosos de mí.

Gracias a mis abuelitos Leticia, Dioselina, Oswaldo y José, porque su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar no solo para mí, sino para toda mi familia.

Gracias hermanos por brindarme siempre su apoyo.

A mi enamorado Eduardo, por acompañarme durante gran parte de este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos. Gracias porque siempre me das ánimos y me ayudas cuando más lo necesito.

A la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por haberme formado como médico, y a sus docentes, en especial al Dr. Patricio Buendía Gómez De La Torre y al Dr. José Sola, gracias por su tiempo, apoyo, y paciencia durante la realización de este trabajo.

Gracias a TODOS quienes creyeron en mí.

Tabla de contenido

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
LISTA DE GRÁFICOS	6
LISTA DE TABLAS	8
GLOSARIO DE TÉRMINOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I	14
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
1. <i>ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO</i>	17
1.1 CONCEPTOS	17
1.2 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO	17
1.3 CAMBIOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS	18
1.4 EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO	21
1.5 ENVEJECIMIENTO ACTIVO	33
2. <i>ÁMBITO LEGISLATIVO: DERECHOS DE LA PAM EN ECUADOR</i>	53
2.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR	53
2.2 LEY DEL ANCIANO (1991)	55
3. <i>GERIATRÍA</i>	63
3.1 HISTORIA DE LA GERIATRÍA	63
3.2 CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA GERIATRÍA	64
3.3. ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA	65
3.4 EDUCACIÓN GERIÁTRICA Y SU INFLUENCIA EN EL CAMBIO DE ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES	68
4. <i>ACTITUDES</i>	74
4.1 CONCEPTOS	74
4.2 RELACIÓN ENTRE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO	75
4.3 ESTEREOTIPOS DE LA VEJEZ	76
4.4. ESCALA UCLA	80
4.5 ESCALA TIPO LIKERT	82
CAPÍTULO III	84

MATERIAL Y MÉTODOS	84
3.1 JUSTIFICACIÓN	84
3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	86
3.3 OBJETIVOS	86
3.4 HIPÓTESIS	87
3.5 METODOLOGÍA	87
Muestra	87
Tipo de Estudio	88
Criterios de inclusión y exclusión	89
Plan de análisis de datos	89
3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS	90
3.7 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	91
CAPÍTULO IV	92
RESULTADOS	92
4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	92
4.1.1 Características de la población estudiada	92
4.1.2 Características del estudio	96
4.1.3 Análisis por preguntas	112
4.1.4 Análisis por universidades	113
4.1.5 Análisis por el tiempo de clases recibido	114
4.2 ANÁLISIS BIVARIADO	114
CAPÍTULO V	118
DISCUSIÓN	118
CAPÍTULO VI	129
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	129
CONCLUSIONES	129
Limitaciones	131
RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	135
ANEXOS	139

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Ranking del Índice Global del Envejecimiento 2013

GRÁFICO 2: Población de adultos mayores según censos

GRÁFICO 3: Población adulta mayor por subgrupos étnicos

GRÁFICO 4: Porcentaje de población adulta mayor a nivel nacional

GRÁFICO 5: Distribución de la población adulta mayor por regiones

GRÁFICO 6: Analfabetismo en adultos mayores a nivel nacional

GRÁFICO 7: Ocupación de la población adulta mayor en Ecuador

GRÁFICO 8: Pilares de un marco político para el envejecimiento activo

GRÁFICO 9: Porcentajes de los grupos de edad de los estudiantes encuestados

GRÁFICO 10: Porcentajes del sexo de los estudiantes encuestados

GRÁFICO 11: Porcentajes de las universidades de los estudiantes encuestados

GRÁFICO 12: Porcentajes del semestre en curso de los estudiantes encuestados

GRÁFICO 13: Porcentajes del tiempo de clases recibido de los estudiantes encuestados

GRÁFICO 14: Puntuación antes/después del enunciado #1 de la escala UCLA

GRÁFICO 15: Puntuación antes/después del enunciado #2 de la escala UCLA

GRÁFICO 16: Puntuación antes/después del enunciado #3 de la escala UCLA

GRÁFICO 17: Puntuación antes/después del enunciado #4 de la escala UCLA

GRÁFICO 18: Puntuación antes/después del enunciado #5 de la escala UCLA

GRÁFICO 19: Puntuación antes/después del enunciado #6 de la escala UCLA

GRÁFICO 20: Puntuación antes/después del enunciado #7 de la escala UCLA

GRÁFICO 21: Puntuación antes/después del enunciado #8 de la escala UCLA

GRÁFICO 22: Puntuación antes/después del enunciado #9 de la escala UCLA

GRÁFICO 23: Puntuación antes/después del enunciado #10 de la escala UCLA

GRÁFICO 24: Puntuación antes/después del enunciado #11 de la escala UCLA

GRÁFICO 25: Puntuación antes/después del enunciado #12 de la escala UCLA

GRÁFICO 26: Puntuación antes/después del enunciado #13 de la escala UCLA

GRÁFICO 27: Puntuación antes/después del enunciado #14 de la escala UCLA

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: Cambios biológicos asociados al envejecimiento

TABLA 2: Nivel de instrucción de la población adulta mayor en Ecuador

TABLA 3: Articulados de la Constitución referentes a personas adultas mayores

TABLA 4: Puntuación de la escala UCLA para cada uno de los enunciados, antes y después de la intervención

TABLA 5: Comparación de los resultados antes y después de la intervención, por cada universidad

TABLA 6: Relación entre el número de semanas de clases recibidas y la puntuación en la escala UCLA después de la intervención

TABLA 7: Resumen de las correlaciones entre el tiempo de clases recibido y la actitud de los estudiantes antes de la intervención

TABLA 8: Resumen de las correlaciones entre el tiempo de clases recibido y la actitud de los estudiantes después de la intervención

GLOSARIO DE TÉRMINOS

PAM: Población Adulta Mayor

UCLA: University of California Los Angeles

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

UTE: Universidad Técnica Equinoccial

UIDE: Universidad Internacional del Ecuador

USFQ: Universidad San Francisco de Quito

UDLA: Universidad De Las Américas

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAS: Presión Arterial Sistólica

HTA: Hipertensión Arterial

DM: Diabetes Mellitus

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

FONAN: Fondo Nacional del Anciano

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

ALMA: Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor

ABP: Aprendizaje Basado en Problemas

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

RESUMEN

Objetivo: Comparar las actitudes de los estudiantes de la carrera de Medicina hacia los Adultos Mayores, antes y después de cursar el módulo de Envejecimiento, en las universidades de Quito que cuentan con esta enseñanza, a través de la escala UCLA. Determinar si existe relación entre estos resultados obtenidos con el tiempo de duración del módulo y el método de enseñanza utilizado.

Metodología: Se realizó un estudio de corte transversal (cross sectional), en la ciudad de Quito- Ecuador, a todos los estudiantes de Medicina que recibieron un módulo de Envejecimiento, en las siguientes universidades:

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Universidad Técnica Equinoccial
- Universidad De Las Américas
- Universidad San Francisco de Quito
- Universidad Internacional del Ecuador

Tras las aprobaciones de las distintas facultades de Medicina, se procedió a realizar una encuesta a los estudiantes antes de recibir el módulo de Envejecimiento, y una segunda encuesta después de culminado el mismo. Se utilizó la escala de actitudes UCLA para encuestar a un total de 142 estudiantes. Los datos se analizaron en el programa SPSS v20.

Resultados: De 142 estudiantes, el 58% fueron mujeres, y el 42% fueron varones. El rango de edad estuvo entre 19 y 26 años con un media de 22.12 años. El puntaje total antes de la intervención fue de 49.76 y el puntaje total después de la intervención fue de 50.85, con un valor p de 0.126. Las puntuaciones por cada universidad antes y después de la intervención fueron: USFQ: 45.19 vs 50.57 (p 0.002), UDLA: 49.82 VS 49.82 (p 1), PUCE: 53.64 vs 52.36 (p 0.401), UIDE: 48.56 vs 51.84 (p 0.032), UTE: 50.52 vs 50.29 (p 0.856).

Al realizarse el análisis por cada pregunta, se encontró que los puntajes totales antes-después de la intervención mejoraron en 11 de las 14 preguntas, en 5 de ellas la mejoría fue estadísticamente significativa.

El puntaje total de los estudiantes que recibieron más de 2 semanas de Envejecimiento fue de 50.79, y el puntaje de los estudiantes que recibieron hasta 2 semanas de clases fue de 50.91, con un valor de p de 0.924.

Conclusiones: La exposición a conocimientos y prácticas basadas en la atención y cuidado de los adultos mayores mejoran levemente las actitudes de los estudiantes de Medicina.

No se encontró relación entre el tiempo del módulo de Envejecimiento con la actitud de los estudiantes.

Palabras clave: Adulto mayor, Envejecimiento, Actitud, Estudiantes de Medicina, Educación geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To compare the attitudes towards the elderly among Medical students, before and after attending Ageing classes, in the universities of Quito that have this education, using the UCLA scale. To determine the correlation between the results obtained with the duration of the module and the teaching method used.

Methodology: A cross-sectional study was conducted in Quito, to all medical students who attended Aging classes, at the following universities

- Catholic University of Ecuador
- Technical Equinoccial University
- University Of The Americas
- San Francisco de Quito University
- International University of Ecuador

Having the approvals of the five universities, a first survey was given to students before taking the Aging classes, and a second survey after finishing it. UCLA attitude scale was used to survey a total of 142 students. Data were analyzed using SPSS v20 program.

Results: Out of 142 students, 58% were women, and 42% were men. The age range was between 19 and 26 years with a mean of 22.12 years. The total score before the Aging classes was 49.76 and the total score after the classes was 50.85, with a P

value of 0.126. Scores for each university before and after the intervention were: USFQ: 45.19 vs 50.57 (P 0.002), UDLA: 49.82 VS 49.82 (p 1), PUCE: 53.64 vs 52.36 (P 0.401), UIDE: 48.56 vs 51.84 (P 0.032), UTE: 50.52 vs 50.29 (P 0.856). In the analysis made for each question, it was found that the total scores before-after intervention improved in 11 of the 14 questions, and in 5 of them the improvement was statistically significant. The total score of the students who received more than 2 weeks of Aging classes was 50.79 and the score of students who received 2 weeks or less of classes was 50.91, with a P value of 0.924.

Conslusions: Exposure to knowledge and practices based on the attention and care of the elderly slightly improve the attitudes of medical students. No relationship between the duration of the Ageing classes with the student`s attitudes was found.

Key words: Elderly, Aging, Attitude, Medical students, Geriatrics education.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida al nacer y los bajos índices de natalidad están cambiando la demografía de América.

La República del Ecuador es uno de los países de América Latina que ha entrado de lleno en transición demográfica, como respuesta a los cambios sociales y económicos que tuvieron lugar en las tres últimas décadas: desarrollo económico, difusión de los avances médicos y el mayor acceso de la población a los servicios de salud, incluyendo el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar, el mayor acceso a la educación, entre otros (1)

El crecimiento de la población adulta mayor a nivel global trae nuevos retos a la comunidad, en especial al personal de salud que directa o indirectamente realiza algún tipo de atención hacia ellos. La población en general, y en especial trabajadores de salud, desarrolla una serie de actitudes hacia determinado grupo de personas o hacia determinado sector de la población; estas actitudes, sean positivas o negativas, influyen de manera especial en las personas; siendo las actitudes negativas las que más consecuencias traen a los adultos mayores. (2)

El envejecimiento es un proceso de carácter universal, que tarde o temprano va a ser experimentado por todos los seres humanos. Muchos de los miedos a envejecer se debe al modo en que la sociedad percibe la vejez y al miedo a lo inevitable del deterioro. Si bien es posible observar en algunos contextos imágenes positivas de los

adultos mayores, la tendencia es percibir la vejez como una etapa en la que se pierden los atributos positivos de la vida.

Tradicionalmente se ha mantenido una actitud generalizada de carácter negativo hacia la vejez como una etapa de vida y a los adultos mayores en tanto grupo social; el envejecimiento es conceptualizado como un proceso degenerativo e irreversible de la pérdida de las capacidades físicas, mentales, y sociales del ser humano, percepción inexacta e incompleta. No obstante, desde hace varias décadas esta percepción negativa respecto a la vejez y hacia los adultos mayores está siendo puesta en tela de juicio y sometida a profundas investigaciones. (3)

A medida que el número de ciudadanos de edad avanzada aumenta, se están presentando mayores demandas orientadas hacia la educación a sus médicos que puedan cumplir con estas necesidades.

El futuro médico deberá asumir una actitud positiva hacia los adultos mayores en general y hacia los enfermos y las personas frágiles en particular. El médico debe caracterizarse por sus sentimientos de solidaridad y por mantener una actitud permanente de servicio, respeto y empatía hacia las personas mayores y su entorno. Además, debe desarrollar una elevada capacidad de negociación, tanto para abordar la relación terapéutica como para trabajar en equipo.

Los cambios generados por el proceso de envejecimiento exigen a los profesionales de la salud brindar un cuidado integral, con mejor disposición hacia la persona adulta mayor como sujeto de atención, con enfoque de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Importante mencionar como este cuidado puede verse influenciado

por las percepciones, opiniones, y actitudes del profesional interfiriendo o potenciando la calidad del cuidado.

Debido a esto, han sido desarrolladas varias escalas con el afán de evaluar actitudes hacia los Adultos Mayores, entre ellas la escala de Kogan, la escala Age Semantic Differential, escala de estereotipos negativos hacia los adultos mayores, y Escala de actitudes UCLA, la misma que será aplicada en el presente estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO

1.1 CONCEPTOS

Envejecimiento: Conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.

Población adulta mayor (PAM): La OMS considera adulta mayor a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo).

1.2 CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

1. **Universal:** Propio de todos los seres vivos.
2. **Irreversible y continuo:** No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
3. **Heterogéneo e individual:** Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.
4. **Declinante:** Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
5. **Intrínseco:** Porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.

1.3 CAMBIOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS

El envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad, y la mayoría de la PAM goza de salud, aunque el envejecimiento está acompañado de cambios en la esfera física, mental, espiritual, y social, que aumentan la probabilidad de desarrollar diferentes enfermedades.

El envejecimiento es un fenómeno universal, los cambios ocurren antes en algunas personas y después en otras, pero son inevitables. Todos los sistemas del organismo envejecen, incluso en condiciones genéticas y ambientales adecuadas, aunque no con la misma rapidez. Muchos de los efectos no se perciben, sino hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y el organismo posee una gran capacidad de reserva.

Un reto importante de los profesionales de la salud es saber discriminar entre el envejecimiento normal y la enfermedad. Para ello, es necesario conocer los cambios más importantes del envejecimiento en órganos y sistemas.

TABLA 1: CAMBIOS BIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

Sistema	Descripción
Piel	Adelgazamiento de epidermis y dermis Disminuye número de melanocitos Vasos sanguíneos se vuelven tortuosos y dilatados
Respiratorio	Rigidez de la caja torácica Disminuye la elasticidad pulmonar Disminución de intercambio gaseoso (\downarrow PaO ₂ 0,22 mm por año)
Cardiovascular	Engrosamiento de válvulas y paredes cardíacas y arterias más rígidas Disminución de llenado ventricular Puede aumentar PAS debido a rigidez de aorta
Renal	Disminuye depuración de creatinina Disminuye la tasa de filtración glomerular Alteración en la capacidad de concentrar la orina (más susceptibles a deshidratación) Alteración en la secreción de renina por el riñón
Osteomuscular	Pérdida de masa muscular y densidad ósea Pérdida de fuerza muscular
Inmune y hematológico	Alteración en la función de los linfocitos T Mayor incidencia de auto anticuerpos Disminución en la celularidad de la médula ósea Disminución de hemoglobina

Fuente: Jorge Hernández. Semiología Geriátrica, anamnesis y examen físico del anciano. 2010.

Elaborado por: M. Fernanda Novoa

1.3.1 CAUSAS DE LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA EDAD

Cambios producidos por procesos intrínsecos: Muchos de los procesos esenciales para la vida tienen también aspectos negativos para el organismo. Por ejemplo, el metabolismo aeróbico genera reactantes como superóxido, radicales hidroxilados que son potencialmente lesivos. La glucosa es una importante fuente de energía, pero también participa en la oxidación de proteínas y ácidos nucleicos, y altera sus funciones biológicas.

Cambios producidos por factores extrínsecos: El organismo está relacionado con su entorno, por lo que factores externos pueden modificar la evolución del deterioro fisiológico. Unos de los más identificados son: la dieta, estilo de vida, hábitos personales (como la exposición al sol y tabaco), y factores psicosociales.

Enfermedades asociadas a la edad: Se entiende que la co-participación de los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecer y la probable existencia de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en el adulto mayor pueden llevar al incremento en el riesgo de enfermar, es decir que existan complicaciones de las patologías de base ya acarreadas durante algunos años, por ejemplo HTA, DM, otras. (4)

1.4 EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

El rápido envejecimiento de la población, sumado al cambio epidemiológico en el que crecientemente prevalecerán las enfermedades crónico-degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y un cambio sustancial del perfil y de la demanda de servicios.

El proceso de transición demográfica se caracteriza por una continua reducción en las tasas de natalidad y de mortalidad, la última suele descender antes que la primera, por lo que durante el periodo de transición la tasa de crecimiento es alta y la población aumenta. El origen de este proceso puede ubicarse a finales del siglo XVIII en algunos países europeos cuando una serie de cambios demográficos condujeron a la transformación de la estructura de la población en cuanto a edad y sexo, la reducción de la tasa de mortalidad y la posterior disminución de la fecundidad. Todo ello originó un descenso en la población de edad joven y un incremento en la población adulta mayor. Así, conforme los países más avanzados completaron su proceso de transición, su estructura por edades se transformó en favor de los grupos de mayor edad.

El alargamiento de la vida, producto de los avances en el campo de la salud, conduce a una modificación radical en la estructura por edades de la población en casi todo el mundo al disminuir a lo largo del tiempo la base de la pirámide de edad, donde se ubican los más jóvenes, e incrementarse la participación relativa de la cúspide, que representa a las edades avanzadas. (5)

Por otro lado, la previsible ampliación de vivir más años tiene sus peculiaridades, dependiendo de la región, el género, o las condiciones sociales que enfrentan las personas de la tercera edad. En América Latina, por ejemplo, las mujeres tienen mayor esperanza de vida a partir de la edad de jubilación (65 años), y el diferencial entre los sexos crece en el transcurso del tiempo, pero la ganancia en años disminuye conforme aumenta la edad, de la misma forma que el ritmo al que se incrementa la esperanza de vida de las personas en edad de jubilación.

1.4.1 EL ADULTO MAYOR EN EL MUNDO

En el Día Internacional de las Personas Mayores, que se celebra el 1 de octubre, la organización Help Age International publicó su "Índice Global del Envejecimiento 2013", donde, entre otras cosas, se muestra un ranking del valor ideal que tienen los diferentes países en relación a dónde la PAM vive mejor.

El informe, que demuestra que "una buena gestión del envejecimiento está al alcance de todos los gobiernos", se basa en los datos obtenidos en 91 países, y en los mismos se incluye un 89% de la población mundial con 60 años o más. (6)

Este estudio analiza y compara datos internacionales en los siguientes ámbitos: estado de los ingresos de los adultos mayores, estado de salud, educación y empleo, y entorno adecuado.

GRÁFICO 1: RANKING DEL ÍNDICE GLOBAL DEL ENVEJECIMIENTO 2013

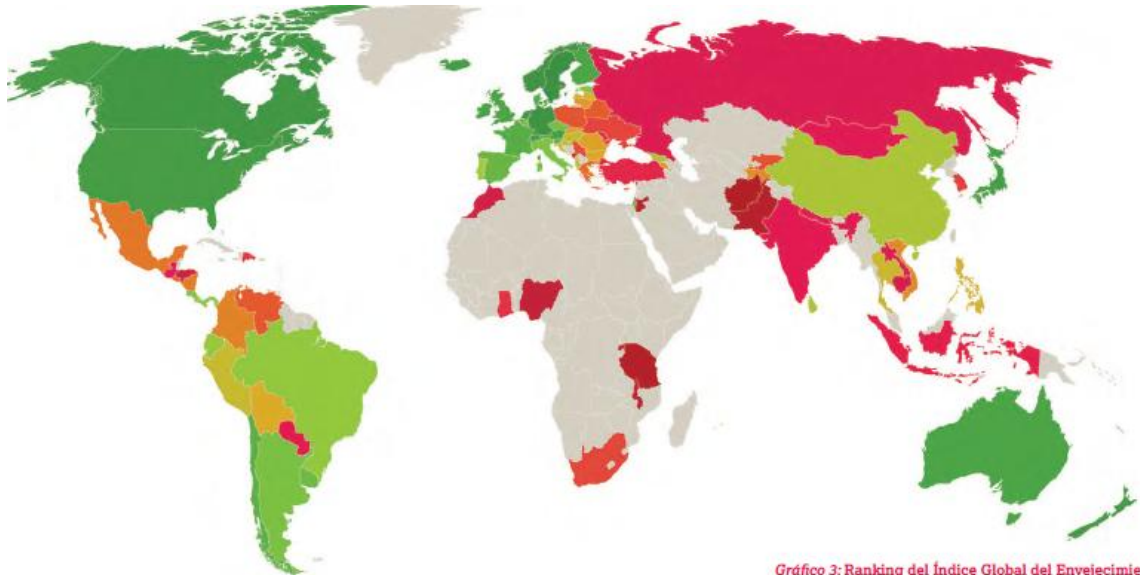
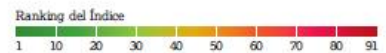


Gráfico 3: Ranking del Índice Global del Envejecimiento

El mapa muestra cómo se clasifican los países en el Índice Global del Envejecimiento. Los colores comprendidos entre el verde oscuro y el rojo oscuro representan los puestos del 1 al 91. El color gris muestra los países que no están incluidos en el índice.



1. Sweden	21. Israel	41. Croatia	61. Venezuela	81. Morocco
2. Norway	22. Spain	42. Thailand	62. Poland	82. Honduras
3. Germany	23. Uruguay	43. Peru	63. Kyrgyzstan	83. Montenegro
4. Netherlands	24. Belgium	44. Philippines	64. Serbia	84. West Bank and Gaza
5. Canada	25. Czech Republic	45. Latvia	65. South Africa	85. Nigeria
6. Switzerland	26. Argentina	46. Bolivia	66. Ukraine	86. Malawi
7. New Zealand	27. Italy	47. Bulgaria	67. South Korea	87. Rwanda
8. USA	28. Costa Rica	48. Romania	68. Dominican Republic	88. Jordan
9. Iceland	29. Estonia	49. Slovakia	69. Ghana	89. Pakistan
10. Japan	30. Panama	50. Lithuania	70. Turkey	90. Tanzania
11. Austria	31. Brazil	51. Armenia	71. Indonesia	91. Afghanistan
12. Ireland	32. Ecuador	52. Tajikistan	72. Paraguay	
13. United Kingdom	33. Mauritius	53. Vietnam	73. India	
14. Australia	34. Portugal	54. Colombia	74. Mongolia	
15. Finland	35. China	55. Nicaragua	75. Guatemala	
16. Luxembourg	36. Sri Lanka	56. Mexico	76. Moldova	
17. Denmark	37. Georgia	57. Cyprus	77. Nepal	
18. France	38. Malta	58. Greece	78. Russia	
19. Chile	39. Albania	59. El Salvador	79. Lao PDR	
20. Slovenia	40. Hungary	60. Belarus	80. Cambodia	

Fuente: HelpAge International. Índice Global del Envejecimiento 2013
Elaborado por: Marc Ismael Akodjenou

De acuerdo a los resultados de este informe, los países que envejecen más rápido como Jordania, Laos, Mongolia, Nicaragua y Vietnam, en los que el número de adultos mayores se triplicará en 2050, aparecen por debajo de la mitad del ranking. Muchos países de Europa del Este, incluyendo a Rusia y a Ucrania, que verán crecer la PAM en un 30% en 2050, están también por debajo de la mitad del Índice (6).

Esto nos sugiere que es muy importante y sumamente urgente abordar los temas e implantar acciones relacionadas con el envejecimiento para así poder apoyar al bienestar de la PAM.

Así mismo, se puede ver que:

- Suecia es el mejor país para los adultos mayores.
- Le sigue Noruega, junto a Japón, el único país asiático dentro del top 10.
- Chile lidera los países de América Latina. Uruguay, Argentina, Brasil, Costa Rica, Ecuador y Panamá también están bien posicionados.
- El último país en el ranking es Afganistán. Por encima de este país encontramos a Paquistán, Tanzania y Jordania, donde se muestra que el bienestar de la PAM es notablemente peor que el del resto de la población.
- Ecuador se encuentra en el ranking 32. (6)

Entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se incorporarán a los 41 millones que ya existen. Los países de mayor población de América Latina (Brasil, México, Colombia, Argentina, Venezuela, Perú) concentrarán la mayor parte de este aumento, pero en los países más pequeños, este aumento también será significativo,

especialmente a partir de 2025. Entre 2025 y 2050, entre un quinto y un cuarto del incremento de la PAM se producirá en estos países. (7)

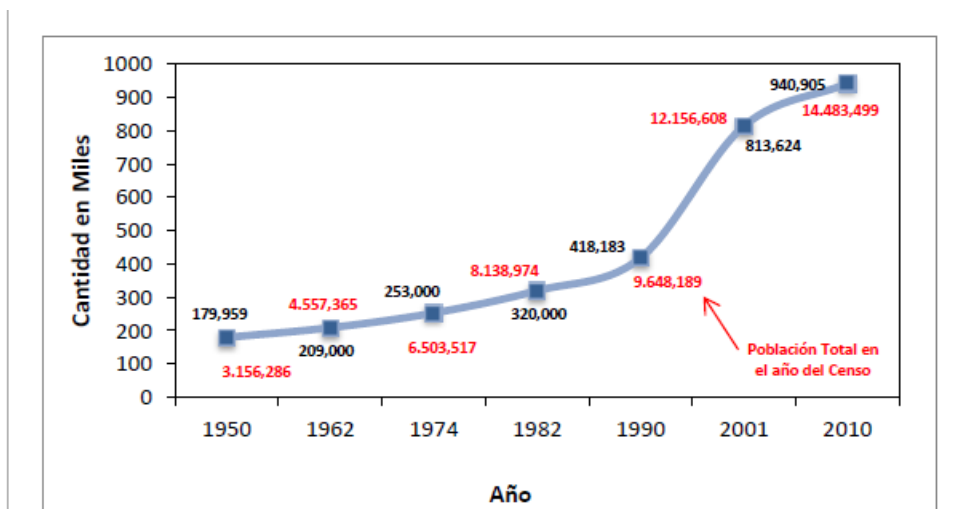
1.4.2 EL ADULTO MAYOR EN ECUADOR

Transición demográfica

El Ecuador experimenta el inicio de un proceso de transición demográfica caracterizado por el progresivo envejecimiento de la población. Al momento, la mayor parte de la población se encuentra en las franjas de edad comprendidas entre los 15 y los 65 años, considerada internacionalmente como la edad para trabajar.

Esto implica que nuestro país ingresa en el denominado “bono demográfico” que constituye una ventana de oportunidades que durará las siguientes tres décadas en América Latina. La constatación de esta circunstancia entraña la definición de políticas públicas específicas para distintos grupos etáreos, que permitan aprovechar el aumento de la población joven y la relativa disminución de la población infantil, pero que además respondan a las necesidades de la población adulta mayor, cuya participación aumentará progresivamente, y pasará de haber significado el 6,5% del total de habitantes en 2010, al 7,4% en 2020. (8)

GRÁFICO 2: POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN CENSOS



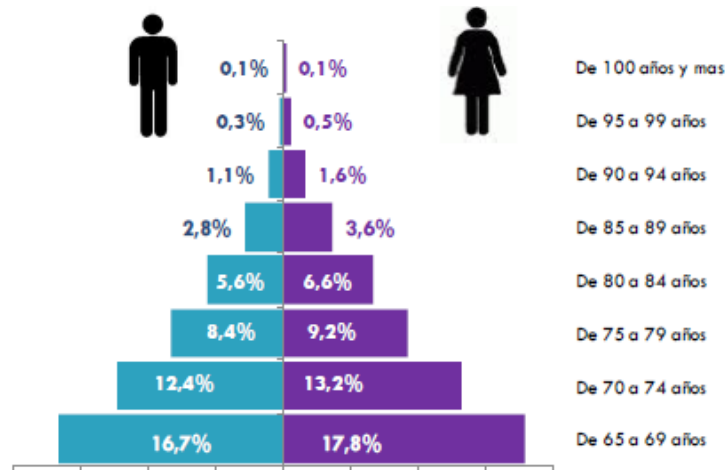
Fuente: INEC/CELADE 2010. Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950 - 2050.
Elaborado por: Freddy Vargas Ayala

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda, realizado en el año 2010, la población actual del país es de 14.500.000 habitantes y de ellos, aproximadamente 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5%.

De acuerdo al sexo

A nivel nacional existe una diferencia de cinco puntos entre mujeres y hombres (53 a 47%, respectivamente), siendo mayor el número de mujeres en los diferentes grupos de edad.

GRÁFICO 3: POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR SUBGRUPOS ETÁREOS



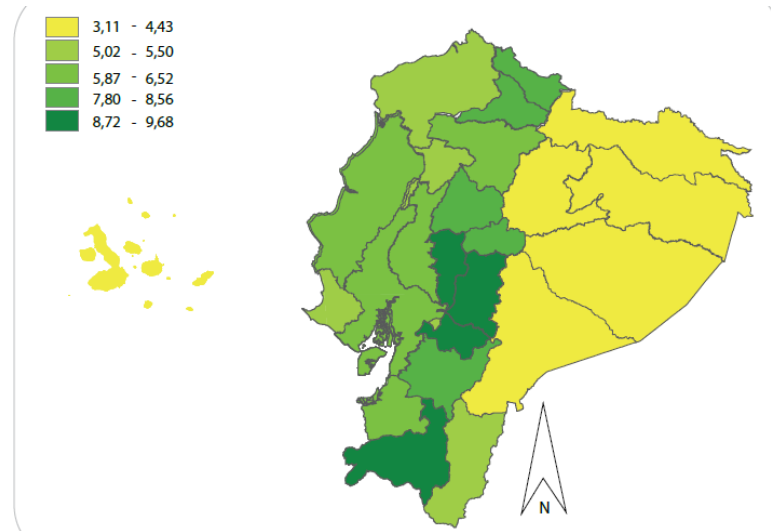
Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010
 Elaboración: Subsecretaría de Atención Intergeneracional

Ubicación geográfica

En cuanto a la distribución de la PAM por provincias, la provincia de Tungurahua presenta el índice de envejecimiento más alto a nivel nacional (29,8%), lo que indica que existen aproximadamente 30 adultos mayores por cada 100 personas menores a 15 años de edad.

Las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay totalizan el 55,4% de la PAM nacional. (9)

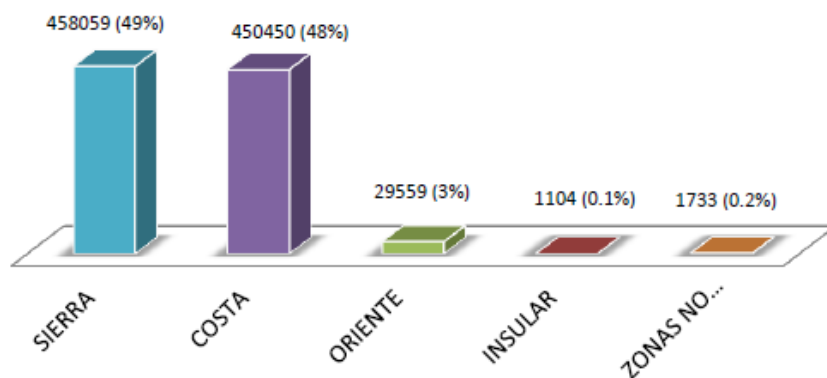
GRÁFICO 4: PORCENTAJE DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR A NIVEL NACIONAL



Fuente: INEC. Censo de Población Y Vivienda 2010
Elaborado por: Darwin Padilla

La distribución de PAM no es homogénea en el territorio nacional, por lo que la ejecución de programas y servicios, si bien se obliga guardar una lógica basada en estándares de calidad y protocolos de atención, deberá adaptarse a las condiciones específicas de cada uno de los territorios.

GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR REGIONES



Fuente y elaboración: Subsecretaría De Atención Intergeneracional

Nivel de estudios

En el 2010 el 50% de la PAM sólo había podido llegar o finalizar la primaria y menos de la cuarta parte de ellos ha podido terminar el bachillerato. Además, sólo el 6% de la población ha cursado la universidad, y el 27,15% de la PAM nunca ha cursado la escuela lo que evidencia un alto grado de analfabetismo en ésta población.

**TABLA 2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA
MAYOR EN ECUADOR**

Nivel	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
Sin Instrucción Fomal	255.427	27,15%
Primario	474.037	50,38%
Secundario	116.308	12,36%
Superior	56.432	6,00%
Ignorado	38.701	4,11%
TOTAL	940.905	100,000%

Fuente: INEC. Censo de Población Y Vivienda 2010.
Elaborado por: Freddy Vargas Ayala

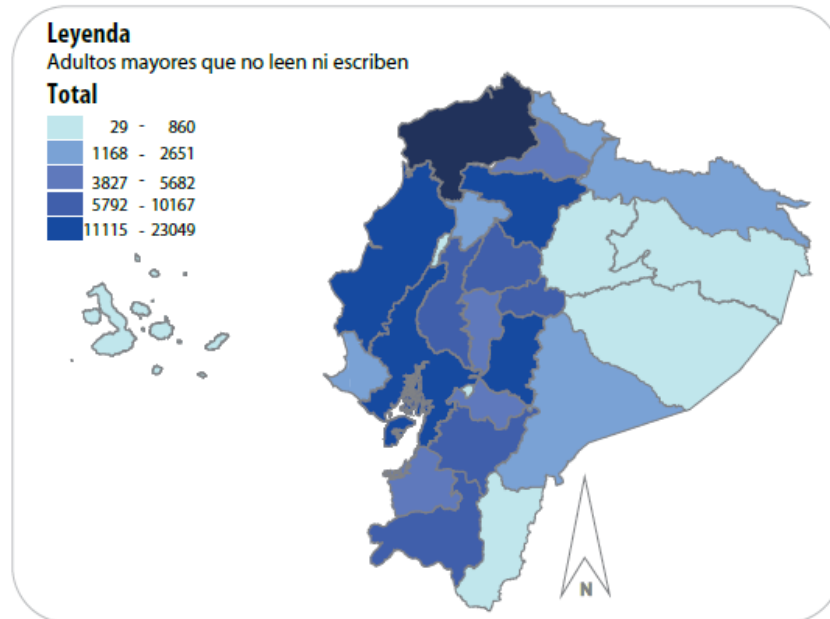
Analfabetismo

De los 567.678 adultos mayores que son jefes de hogar, el 24,5% no sabe leer ni escribir.

La provincia de Chimborazo tiene un 43,5% de adultos mayores jefes de hogar que no saben leer ni escribir, siendo la provincia de más alto porcentaje, seguida por la Provincia de Cotopaxi con el 40,4%. Las provincias con menor porcentaje son las de Pichincha y Galápagos con el 12,4% y 6,7% respectivamente.

Otro dato muy importante es que 1 de cada 4 personas adultas mayores es analfabeta.

GRÁFICO 6: ANALFABETISMO EN ADULTOS MAYORES A NIVEL NACIONAL

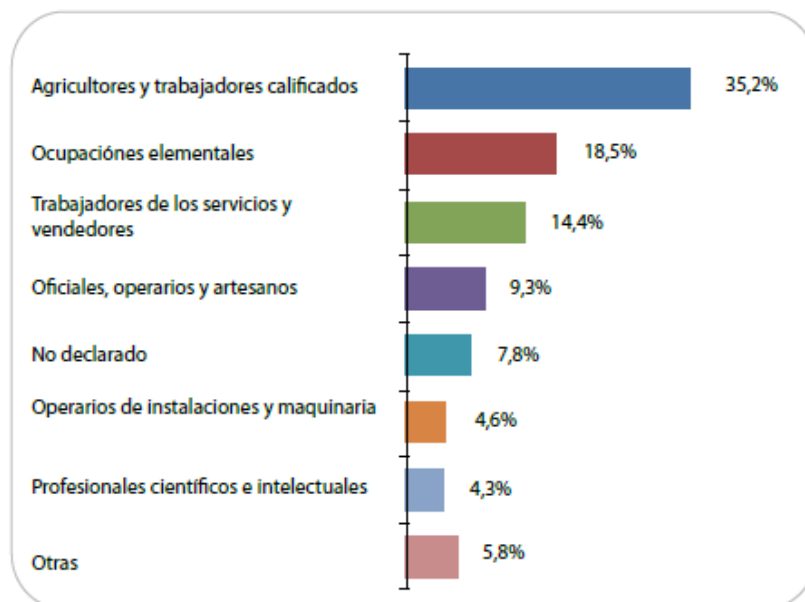


Fuente: Censo De Población Y Vivienda 2010
Elaborado por: Darwin Padilla

Situación laboral

De los adultos mayores jefes de hogar, el 42,2% forman parte de la población económicamente activa. De ellos, el 35,2% pertenece a agricultores y trabajadores calificados, y solamente el 5% son personal de apoyo administrativo, directores, gerentes, y técnicos.

GRÁFICO 7: OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ECUADOR



Fuente: INEC. Censo De Población Y Vivienda 2010
Elaborado por: Darwin Padilla

Salud y morbimortalidad

La tasa de mortalidad de la PAM entre los años 2005 al 2010 fue de 38 por mil para las mujeres y 44 por mil para los hombres. Anualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad.

La enfermedad más común es la hipertensión con una prevalencia de 54 % entre las mujeres y 38 % en los hombres; en segundo lugar está la artritis o reumatismo (44% en mujeres y 21% en hombres respectivamente) y la tercera es la osteoporosis con 16 % de prevalencia entre las mujeres, y 12% entre los hombres.

Los problemas de salud de la PAM se complican en muchos casos por el poco acceso y uso inadecuado de los servicios de salud. Una proporción alta de personas que viven en indigencia reportaron no haber acudido a una consulta médica cuando estuvieron enfermas; la principal causa de esta situación es la falta de dinero (67,5%), aunque también se menciona la falta de transporte (2,5%), la falta de tiempo (2%), así como el hecho de que la atención no es buena (4,7%). (8)

Esperanza de vida

Según el informe de estado de la Población Mundial 2011 realizado por UNFPA, en América Latina, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años y se espera que para 2050 habrán 60 millones de personas mayores de 60 años en la región, mientras que, a nivel mundial, este grupo representará el 22% de la población mundial.

Para Ecuador, la esperanza de vida es casi un año más que el promedio de Latinoamérica en su conjunto, denotando una mejora extraordinaria para las décadas en que se dispone de estimaciones confiables, ya que en 1950- 1955 la esperanza de vida de los ecuatorianos era tan sólo de 48.3 años; en seis décadas este indicador ha aumentado en cerca de 30 años, hasta ubicarse en 75 años en la actualidad y se estima que llegue a 80,5 en 2050. Esta esperanza es aún mayor para las mujeres, por lo que, al igual que en otros países de la región, se presenta una progresiva feminización del envejecimiento. (8)

1.5 ENVEJECIMIENTO ACTIVO

1.5.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTOS

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección. La Organización Mundial de la Salud define al envejecimiento activo como: “Es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia”. (10)

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Los adultos mayores que se retiran del trabajo y los que están enfermos o discapacitados pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, comunidades y naciones. (11)

Es importante permanecer activo física, social, y mentalmente participando en:

- Actividades recreativas
- Actividades con carácter voluntario o remuneradas
- Actividades culturales y sociales
- Actividades educativas
- Vida diaria en familia y en la comunidad

Este término (envejecimiento activo) fue adoptado por la OMS a finales de 1990. El objetivo fue buscar un mensaje más amplio que el del “Envejecimiento Saludable” reconociendo el impacto de otros factores además del sistema sanitario. Así mismo, sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» a otro «basado en los derechos», que reconoce los derechos de la PAM a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. (11)

1.5.2 POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Las políticas y los programas de envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida.

El marco político para este envejecimiento se guía por los principios de las Naciones Unidas para las personas mayores, que son:

- Independencia
- Participación
- Asistencia
- Realización de propios deseos
- Dignidad (11)

1.5.3 DETERMINANTES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento activo depende de varios factores o determinantes, estos son:

Género y cultura

Son los valores cruciales, ya que influyen en los demás, por esta razón son considerados determinantes transversales. Los valores culturales, las tradiciones y las costumbres, determinan la visión que una sociedad tiene de los adultos mayores y su convivencia con las otras generaciones, por lo tanto, influyen de manera importante en el cumplimiento de un envejecimiento activo.

Cuando los adultos mayores de las distintas sociedades tienden a atribuir los síntomas de enfermedad al proceso de envejecimiento, es menos probable que proporcionen servicios de prevención, de detección precoz y de tratamiento apropiado de las enfermedades, y que no gocen de una calidad de vida adecuada.

Por otra parte, existen valores universales que trascienden la cultura, como los valores éticos y los derechos humanos, los cuales, en la mayoría del mundo, están por encima de los valores culturales.

El género influye fuertemente sobre factores como la condición social, el modo en que la PAM tiene acceso a la atención sanitaria, un trabajo gratificante y una alimentación nutritiva.

Muchas adultas mayores durante sus años de vida estuvieron en una situación de inferioridad y tuvieron un menor acceso a los alimentos nutritivos, a la educación, a un trabajo gratificante y a los servicios sanitarios. El papel de amas de casa y cuidadoras del hogar, que muchas de ellas tuvieron durante sus años de vida e incluso en su vejez, conlleva a un mayor riesgo a vivir en pobreza y tener una mala salud en la vejez. En cambio, los adultos mayores varones son más propensos a sufrir lesiones debilitantes, o riesgos laborales, debido a la realización de trabajos más pesados y riesgosos.

Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales

Para promover el envejecimiento activo, es muy importante que los sistemas sanitarios tengan una visión del ciclo vital completo, y que esta esté orientada a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el acceso equitativo a la atención primaria y los cuidados de larga duración.

Los adultos mayores son receptivos a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; todas las actividades de promoción dirigidas a ellos son efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, pero son más difíciles de lograr cuando hay problemas de dependencia; por lo tanto, la visita domiciliaria puede ser una muy buena estrategia.

Los programas de promoción de salud en la PAM tienen múltiples beneficios para ellos: incrementan la actividad física, el autocuidado y la capacidad de desarrollar

sus actividades en forma independiente, aumentan los contactos sociales y previenen los síndromes geriátricos más frecuentes, uno de los cuales son las caídas. Además, disminuyen la institucionalización, que es un gran problema en la tercera edad.

En cuanto a las actividades de prevención, estas incluyen actividades para evitar y tratar enfermedades no contagiosas y lesiones (prevención primaria) y para detectar de rápidamente las enfermedades crónicas (prevención secundaria). Estas actividades reducen el riesgo de discapacidades que pueden resultar dolorosas y costosas. (12)

Para que una persona que no puede valerse por sí mismo pueda llevar una vida con la mejor calidad posible, muchas veces es necesario el apoyo y ayuda de profesionales en la salud o de los propios familiares (cuidado formal o informal). En todo el mundo, los miembros de la familia (principalmente las mujeres) y los vecinos son quienes proporcionan la mayor parte de cuidados a los adultos mayores que necesitan ayuda.

Algunos responsables políticos piensan que el hecho de proporcionar servicios de cuidados profesionales conlleva una menor implicación por parte de las familias. Las investigaciones demuestran que esto no es así. Aunque se proporcionen servicios formales adecuados, el cuidado informal sigue siendo el protagonista y aliado fundamental. (10)

Determinantes conductuales

Existen muchos mitos y estereotipos sobre la vejez, uno de ellos es que, en la vejez, ya es demasiado tarde para conseguir un estilo de vida saludable. Pero sin embargo, realizar una actividad física adecuada, mantener una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez contradicen esta idea, pudiendo así evitar la aparición de enfermedades y el deterioro funcional, prolongar los años de vida y mejorar la calidad de vida.

Actividad física: Para la PAM, el mantenerse activos físicamente trae numerosos beneficios, por ejemplo: disminuye el deterioro funcional y el riesgo de adquirir enfermedades crónicas, reduce el riesgo de muerte cardíaca y el riesgo de caídas, mejora su dependencia, y además se reducen los gastos médicos.

A pesar de estos beneficios, muchos adultos mayores son en su mayoría sedentarios. Para esto, sería necesario que los gobiernos brinden áreas de paseos seguros, programas de rehabilitación física, actividades comunitarias de acuerdo a sus gustos y capacidades, y un entorno físico adecuado para realizar esto.

Por el contrario, en los países menos desarrollados, algunos adultos mayores, especialmente los que ya han estado acostumbrados a esto, pueden verse obligados a realizar trabajos pesados, agotadores, y peligrosos, que consumen sus energías en exceso y, en vez de mejorar su salud, pueden provocar lesiones o enfermedades.

Con el objetivo de incrementar el ejercicio físico, mejorar la salud, la participación y el bienestar de la PAM, y resaltar la contribución de los adultos mayores a la sociedad, la OMS puso en marcha el Abrazo Mundial el 2 de octubre de 1999, con el lema "Hacia una sociedad para todas las edades", que consiste en una serie de cadena de caminatas y celebraciones locales que se llevan a cabo alrededor del mundo durante 24 horas. Los participantes caminan en todos los continentes, por ciudades, pueblos, playas, caminos rurales, parques, y centros comerciales.

Alimentación sana: Un mal estado nutricional en los adultos mayores es un factor de riesgo que predispone a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico de otras.

En la PAM existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad, es decir, se enferman más los adultos mayores desnutridos y se desnutren más los adultos mayores enfermos.

Existen varios factores de riesgo que predisponen a los adultos mayores a desnutrición, entre ellos están: falta de educación nutricional, ingesta inapropiada de alimentos ya sea su calidad o cantidad, pobreza, aislamiento social, dependencia o discapacidad, patologías asociadas, pérdida de piezas dentarias, tratamientos farmacológicos, trastornos afectivos y cognitivos.

La valoración del estado nutricional de la PAM debe formar parte de las políticas sanitarias de los centros de atención médica y de la valoración rutinaria de los

adultos mayores, de esta manera se pueden prevenir consecuencias indeseables en este grupo de población.

Tabaquismo: Los adultos mayores debido a las características propias del envejecimiento, tienen un mayor riesgo de enfermarse debido al tabaco.

De la mortalidad atribuible al tabaco, tres cuartas partes son debidas a cuatro enfermedades: cáncer de pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica, y enfermedad cardiovascular. Dejar de fumar a cualquier edad produce beneficios muy significativos en la salud, pero en la PAM, la mejora de la calidad de vida es el más importante. (13)

De acuerdo a lo anterior, suena fácil la solución: Abandonar el tabaco. Pero para los adultos mayores esto no es tan fácil, ya que influyen un sinnúmero de aspectos socioculturales adquiridos durante toda la vida y que ya están radicados en ellos, que siguen perdurando muchas veces por el pensamiento equivocado de la sociedad e incluso del personal sanitario que dice "a esta edad, ¿de qué sirve quitárselo?. Mejor dejarle tranquilo y que el tiempo que tenga que vivir lo haga feliz".

Alcohol: Aunque la PAM generalmente consume menos alcohol que los jóvenes, los cambios metabólicos y funcionales que se producen en el envejecimiento aumentan la predisposición a sufrir enfermedades relacionadas con el alcohol, como por ejemplo: la desnutrición, las enfermedades hepáticas y las úlceras pépticas.

Así mismo, también presentan mayor riesgo de caídas y lesiones relacionadas a este, como demencia, y peligros relacionados con la mezcla de alcohol y medicamentos.

Es importante que también existan servicios de tratamiento del alcoholismo a disposición tanto de los jóvenes como de la PAM.

Medicamentos: La PAM debe usar los fármacos con precaución, ya que generalmente existe la presencia de enfermedades crónicas que conlleva a la poli medicación. En los países en vías de desarrollo, muchas veces los adultos mayores no tienen los recursos para adquirir atención médica, por lo tanto, algunos se quedan sin medicamentos, o los consumen en exceso sin una clara indicación, ya sea por prescripción médica o por automedicación. Para evitar esto, es importante primeramente valorar la necesidad real del tratamiento farmacológico, ya que muchos de los síntomas que refieren, no requieren tratamiento farmacológico y pueden ser controlados de otra manera. Además, debemos asegurarnos que el fármaco elegido es el más adecuado para el adulto mayor, ya que lo que puede ser un buen tratamiento en los adultos, puede no serlo en el adulto mayor.

Factores personales

Biología y Genética: La biología y la genética influyen en gran medida en cómo envejece una persona. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente.

La razón principal de que la PAM enferme con más frecuencia que los jóvenes es que, debido a su vida más prolongada, han estado expuestos a factores externos, conductuales y medioambientales que provocan enfermedades durante un período más largo que el de sus homólogos más jóvenes.

Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna. Las conductas relacionadas con el estilo de vida, los dotes personales para enfrentarse a las situaciones adversas y una red de parientes próximos y amigos pueden modificar eficazmente la influencia de la herencia genética en el declive funcional y el comienzo de la enfermedad. (11)

Factores psicológicos: Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva, por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y de adaptarse a los cambios y a las pérdidas que se presentan, son muy importante para lograr un envejecimiento activo.

Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural con la edad. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia.

Determinantes relacionados con el entorno físico

Entorno físico: Un espacio físico donde se cuenta con las herramientas y comodidades necesarias para que los adultos mayores puedan realizar sus actividades libremente, determina la diferencia entre ser independiente o dependiente, y por lo tanto, tener un envejecimiento activo o no.

Los adultos mayores que habitan en lugares inseguros, contaminados, o con muchas barreras físicas dentro de sus hogares o en su barrio o ciudad, son más propensos a mantenerse dentro de casa y estar físicamente inactivos, a padecer depresión, e incluso sufrir lesiones físicas y tener problemas de inmovilidad; a diferencia de los adultos mayores que son capaces de transportarse por sí mismos, ir donde sus vecinos, y realizar sus actividades de forma independiente.

Cuando queremos lograr un envejecimiento activo en nuestra sociedad, es importante contar con ciudades saludables, libres de barreras arquitectónicas, y viviendas adaptadas que disminuyan las caídas, que son muy frecuentes en este grupo de edad.

Las caídas: Las causas de las caídas en la PAM pueden ser intrínsecas (debidas a patologías o discapacidades del adulto mayor) o extrínsecas (debidas al entorno físico).

Una causa muy importante y tratable de las caídas son los espacios físicos inadecuados para los adultos mayores, como ambientes oscuros o muy iluminados, muy pequeños, con elementos que disminuyen la velocidad de la marcha (moblaje,

escaleras, pisos irregulares, alfombrados), elementos inaccesibles como botones de la luz, etc.

Las consecuencias de las lesiones que sufre la PAM debido a las caídas son más graves que en los jóvenes, ya que, frente a lesiones de la misma gravedad, una caída en un adulto mayor puede condicionar a mayor discapacidad, mayor tiempo de estadía, gastos hospitalarios, tiempo de rehabilitación, y mayores riesgos de dependencia y fallecimiento. Es tanta la afección, que los adultos mayores empiezan a idear cómo será su próxima caída y sus consecuencias; además que limita su capacidad de movilizarse como antes, debido al miedo de sufrir una nueva caída.

Determinantes relacionados con el entorno social

El apoyo social: La necesidad de mantenerse activos e integrados socialmente es muy importante para la PAM, ya que la falta de atención y comunicación en la vejez puede llevar a que se sientan menos integrados en el medio social, además de producir disminución de la salud en general y el bienestar, y conlleva a caer en depresión y a un declive de las capacidades físicas y mentales.

Es muy común que los adultos mayores vivan solos en casa, ya sea por pérdida de sus seres queridos, o por que han sido aislados por sus familiares. Para esto, es importante que los gobiernos promuevan programas de integración en el adulto mayor, actividades recreativas, visitas domiciliarias entre las personas de la misma edad, ayudas sociales, etc.

Violencia y abuso: Las personas mayores que son frágiles o viven solas pueden ser especialmente vulnerables a los delitos cometidos por desconocidos, como el robo, el asalto y el allanamiento de vivienda. Pero la forma más común de violencia contra las personas mayores (sobre todo las mujeres) es el “abuso de los mayores” cometido por los miembros de la familia o por otros individuos (como los cuidadores institucionales) que son bien conocidos por sus víctimas. (10)

La PAM en Ecuador ha sido víctima de la vulneración de sus derechos fundamentales en varios de sus aspectos. Los resultados de la Encuesta SABE I Ecuador, 2010 reflejan que, a nivel nacional el 4% de esta población ha sido objeto de diversas formas de abuso. Del total de PAM que ha sido víctima de algún tipo de abuso o violencia, el 3% ha sufrido de violencia sexual y el 16,4% violencia psicológica, el 14,70% de los adultos mayores fueron víctimas de insultos y el 14,9% víctimas de negligencia y abandono. (14)

Educación y alfabetización: Los bajos niveles de educación y alfabetización en los años previos a la vejez, predisponen a sufrir mayor discapacidad, muerte y desempleo en la PAM. Además, se ha demostrado que los problemas laborales en los adultos mayores tienen más relación con el bajo nivel académico alcanzado, y no es tanto debido al envejecimiento.

Con la educación en la tercera edad puede lograrse que el adulto mayor se encuentre interesado en su futuro, que se sienta parte de la sociedad, con funciones y roles social. Los centros de salud, centros educativos, familias, comunidades son

herramientas importantes que interactuando con el adulto mayor pueden ayudar en su estimulación y preparación en esta etapa.

Determinantes económicos

Ingresos: Aunque las personas pobres de todas las edades se enfrentan a un riesgo creciente de mala salud y discapacidades, la PAM es particularmente vulnerable. Muchas personas mayores, sobre todo mujeres que viven solas o en zonas rurales, no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto afecta seriamente su acceso a alimentos nutritivos, a una vivienda adecuada y a la atención sanitaria.

Trabajo: Si todas las personas cuando llegan a ser adultas mayores hubieran tenido en su juventud un trabajo digno, remunerado, y sin peligros laborales, estarían en la capacidad de seguir siendo activos laboralmente, ya sea en un trabajo formal o en trabajos domésticos e incluso no remunerados o voluntariados. No hay que olvidar estos últimos, ya que muchas veces se hace de menos los trabajos domésticos y muy valiosos que realizan muchos adultos mayores, como por ejemplo ser amas de casa, o cuidar de los nietos para permitir que los más jóvenes puedan salir a trabajar.

Existe alguna diferencia en cuanto a los países, es así que, en países desarrollados, no se valora la importancia de motivar a la PAM a estar activos laboralmente, prefiriendo brindar puestos de trabajo a los más jóvenes; mientras que en los países menos desarrollados, es común que la PAM se vea obligada a seguir económicamente activa realizando trabajos pesados y peligrosos.

1.5.4 DESAFÍOS DE UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE

Desafío 1: El rápido envejecimiento de la población en los países en vías de desarrollo

El aumento de la esperanza de vida, la mejora en las condiciones sanitarias, la industrialización, descubrimientos médicos, y la mejora en la calidad de vida, hacen que aumente la PAM.

Pero así mismo, debido a la urbanización, al menor tamaño de las familias, a la migración para conseguir trabajo, a los cambios en las estructuras y roles familiares, y al mayor número de mujeres que cada vez se integran al trabajo formal; existe un menor número de personas disponibles para el cuidado de los adultos mayores.

Desafío 2: Doble carga de enfermedad y discapacidad

Especialmente en los países en vías de desarrollo, y entre esos, cabe mencionar al Ecuador, se continúa luchando contra las enfermedades infecciosas, la malnutrición, y la mortalidad infantil; pero también está habiendo un incremento en la aparición de enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la depresión, etc, que son cada vez más las principales causas de mortalidad y discapacidad en la PAM. Esto es lo que se conoce como “la doble carga de enfermedad”

Esta doble carga de la enfermedad puede deberse a los cambios en el estilo de vida que cada vez se producen con más fuerza, cambios en las estructuras y roles familiares, así como en las condiciones de trabajo y la migración.

Si bien es de suma importancia que se cuenten con programas para la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, hay que tener en cuenta que también es necesario detener la expansión de enfermedades crónicas, ya que estas cada día se están presentando con mayor frecuencia en los adultos mayores.

Desafío 3: La modificación de un paradigma desfasado

Todavía existe la idea errónea de que la mayoría de los adultos mayores pierden sus capacidades funcionales y se vuelven dependientes, no contribuyen a la sociedad, y son poco productivos. Pues no es así, de hecho, la mayoría de los adultos mayores se adaptan a los cambios que surgen con la edad, y siguen autónomos incluso cuando son muy mayores. Es muy importante la contribución gracias al trabajo remunerado o no que realizan las personas mayores.

Ya es tiempo de eliminar estos estereotipos negativos hacia la vejez, y considerar a la PAM como personas activas tanto física como socialmente, y valorar su contribución a la sociedad, y especialmente cambiar la perspectiva de que el aprendizaje es para los niños y jóvenes, el trabajo para los adultos y la jubilación es cuestión de la vejez. Los adultos mayores también deben tener oportunidades para aprender y trabajar.

Desafío 4: La feminización del envejecimiento

A pesar de que en las mujeres adultas mayores son más frecuentes las discapacidades y los problemas de salud, ellas tienen más posibilidades de llegar a la vejez que los varones. En casi todas las áreas del mundo, las mujeres viven más tiempo que los

varones, y Ecuador no está exento de esto, ya que 52,6% de los adultos mayores son mujeres y el 47,4% son hombres. (9)

El mayor número de mujeres que hombres adultos mayores, y el papel de amas de casa y cuidadoras que muchas de ellas asumen, pueden llevar a consecuencias como mayor pobreza y enfermedad en la vejez, y esto lleva a que su condición social inferior de paso a descuidar o abandonar su salud.

Desafío 5: La ética y las desigualdades

Cuando las personas llegan a una edad avanzada, generalmente se exacerbaban las desigualdades que ya existían en años atrás, como por ejemplo, desigualdades debido a la raza, el origen étnico o el sexo.

La exclusión y el empobrecimiento de la PAM suelen ser fruto de las desigualdades estructurales de los países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. Las desigualdades que se sufren en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, el empleo y la asistencia sanitaria y la discriminación por motivos de sexo o raza se relacionan con la posición social y el bienestar de la vejez. Para los adultos mayores que son pobres, las consecuencias de estas experiencias que tuvieron en sus años de juventud, empeoran aún más al verse excluidas posteriormente de la asistencia sanitaria, los sistemas de crédito, las actividades que generan ingresos y la toma de decisiones.

1.5.5 PROPUESTAS POLÍTICAS PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que requiere medidas internacionales, nacionales, regionales y locales. En un mundo cada vez más intercomunicado, el hecho de no afrontar racionalmente y en cualquier parte del mundo esta transición demográfica y los cambios en los patrones de las enfermedades, pueden traer consecuencias negativas a nivel mundial.

Las siguientes propuestas políticas se han diseñado para abordar los tres pilares del envejecimiento activo:

GRÁFICO 8: PILARES DE UN MARCO POLÍTICO PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Fuente: Envejecimiento activo: Un marco político. OMS. 2002
Elaborado por: Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Salud

- Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura: Se debe poner a disposición para la PAM

servicios de detección oportuna y tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas, especialmente aquellas que son más prevalentes en este grupo de edad. Además es muy importante evitar las lesiones protegiendo a los peatones adultos mayores del tráfico, hacer que los paseos sean una actividad segura, realizar programas de prevención de caídas, eliminar los peligros y barreras físicas en el hogar y brindar consejos sobre seguridad.

- Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital: Controlar la comercialización y el uso de los productos que dañan la salud y disminuyen la calidad de vida, como el alcohol, tabaco, y el uso de medicamentos, enfatizando sobre este último en la reducción del abuso de consumo de fármacos y la automedicación, y el cumplimiento terapéutico adecuado. Además se debe motivar a llevar una alimentación saludable y hacer de la actividad física un hábito.
- Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de gran calidad y respetuoso con la edad, que trate las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que van envejeciendo.
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores: Hacer conocer a los cuidadores sobre el proceso de envejecimiento y las formas de optimizar a este.

Participación

- Proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital: Conseguir que la educación básica esté disponible para todos durante su vida, y tratar a lograr la alfabetización para todos. Se deberían establecer políticas y programas de educación que apoyen el aprendizaje para las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
- Reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.
- Alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen: Proporcionar servicios de transporte públicos que respeten a los adultos mayores y que estén adaptados también para ellos, incluir a la PAM en los procesos políticos que les afectan, trabajar con grupos que representen a la PAM para crear una imagen positiva del envejecimiento activo, disminuir la desigualdad en la participación de las mujeres, apoyar a las organizaciones que representan a los adultos mayores.

Seguridad

- Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de la PAM: Proporcionar redes de apoyo para los adultos mayores que estén solos y brindar fuentes de ingresos económicos fijos y adecuados para la vejez, apoyar el bienestar

tanto físico como mental de los adultos mayores que cuiden de niños y de personas con VIH, facilitar lugares seguros de vivienda y de refugio sobre todo en tiempos de conflictos o crisis, reconocer el abuso que sufren muchos adultos mayores ya sea físico o psicológico, y sancionar a los responsables, y sobre todo tratar de mantener la independencia y autonomía del adulto mayor el mayor tiempo posible.

- Reducir las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres adultas mayores: Se debe proteger mediante aplicación de leyes a las mujeres que quedan viudas, desamparadas por sus familiares, o las que son víctimas de violencia doméstica. (11)

2. ÁMBITO LEGISTATIVO: DERECHOS DE LA PAM EN ECUADOR

2.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

La Constitución del 2008 a diferencia de la de 1998, **reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria;** mientras que la de 1998, los colocaba dentro de los grupos vulnerables, concepto que ha sido cuestionado por considerar que podría tener efectos discriminatorios sobre los grupos de personas que son llamadas de esa manera; mientras que el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas y la posibilidad de exigencia de sus derechos. (15)

TABLA 3: ARTICULADOS DE LA CONSTITUCIÓN REFERENTES A PERSONAS ADULTAS MAYORES

Igualdad y no discriminación.	Art. 1
Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.	Art. 35
Derechos de las personas adultas y adultos mayores.	Art. 3 y 37
Obligaciones del Estado respecto a las personas adultas mayores.	Art. 38
Prohibición de desplazamiento arbitrario.	Art. 42
Derechos de las personas privadas de libertad.	Art. 51
Derechos políticos de las personas adultas mayores.	Art. 62 y 95
Derechos de libertad: vida libre de violencia.	Art. 66
Derecho de protección: acceso a la justicia.	Art. 81
Deberes y responsabilidades.	Art. 83
Defensoría pública.	Art. 193
Educación: erradicar el analfabetismo y apoyar a los procesos de post-alfabetización y educación permanente.	Art. 347
Protección integral.	Art.341
Atención integral de la salud.	Art. 363

Seguridad social.	Art. 363 y 369
-------------------	----------------

Fuente: Constitución de la República del Ecuador, 2008. Ministerio de Inclusión Económica y Social

Elaboración: Subsecretaría De Atención Intergeneracional

2.2 LEY DEL ANCIANO (1991)

CAPÍTULO I

Disposiciones Fundamentales

Art. 1.- Son beneficiarias de esta ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras, que se encuentren legalmente establecidas en el país.

Art. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Asimismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, en especial a aquellas entidades que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológico y otras actividades similares.

CAPÍTULO II

Organismos de ejecución y servicios

Art. 4.- Corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección al anciano, para lo cual, deberá fomentar las siguientes acciones:

- a) Efectuar campañas de promoción de atención al anciano, en todas y cada una de las provincias del país;
- b) Coordinar con la Secretaría de Comunicación Social, Consejos Provinciales, Concejos Municipales, en los diversos programas de atención al anciano;
- c) Otorgar asesoría y capacitación a los jubilados o en proceso de jubilación;
- d) Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vocacionales y remuneradas.
- e) Estimular la formación de agrupaciones de voluntariado orientadas a la protección del anciano y supervisar su funcionamiento.

Art. 5.- Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las facultades de Medicina de las universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano.

CAPÍTULO III

De los servicios

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos.

Art. 8.- Créase el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Bienestar Social, con sede en la ciudad de Vilcabamba, provincia de Loja.

Art. 9.- Establéese la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social, para la protección de los derechos económico – sociales y reclamaciones legales del anciano.

Art. 10.- Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales.

Art. 11.- En las reclamaciones alimenticias formuladas por los ancianos, el Juez de la causa fijará una pensión, tomando en cuenta las reglas de la sana crítica.

Los hijos deben respeto y obediencia a sus progenitores, y deben asistirlos, especialmente en caso de enfermedad, durante la tercera edad y cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos.

Se reconoce acción popular a favor de los ancianos en las reclamaciones de alimentos. Por lo tanto cualquier persona que conozca que los hijos han abandonado a sus padres en estado de ancianidad, pondrá en conocimiento del Defensor del Pueblo y /o Juez de lo Civil del domicilio del anciano.

La reclamación podrá ser planteada únicamente en contra de aquellos parientes del anciano que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad con él.

Art. 12.- El monto de las donaciones en el Ministerio de Bienestar Social, que efectúen personas naturales o jurídicas a instituciones o programas de atención a la población adulta mayor, será deducible del impuesto a la renta conforme a la Ley.

Art. 13.- Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico, que no se produjeran en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de los ancianos.

Art. 14.- Exoneración de Impuestos.- Todo adulto con ingresos mensuales estimados en un máximo de cinco remuneraciones básicas unificadas o que tuviera un patrimonio que no exceda de quinientas remuneraciones básicas unificadas, estará exonerada del pago de toda clase de impuestos fiscales, provinciales y municipales.

Art. 15.- Las personas mayores de sesenta y cinco años gozarán de la exoneración del 50% del valor de las tarifas: de los servicios médicos privados, cuyo cumplimiento supervisará el Ministerio de Salud Pública, aéreas nacionales y de las

terrestres, de las entradas a espectáculos públicos culturales, deportivos, artísticos y recreacionales. Para obtener tal rebaja bastará presentar la cédula de ciudadanía.

CAPÍTULO IV

De la Educación

Art. 16.- En el programa de estudios de los niveles primario y medio se incluirán temas relacionados con la población de la tercera edad.

Los estudiantes de 6to curso podrán acogerse al trabajo de voluntariado en los hogares de ancianos del país, previa a la obtención del título de bachiller.

Art. 17.- El Ministerio de Bienestar Social, creará incentivos en favor de las universidades para que preparen profesionales especializados en atención a la población anciana.

Art. 18.- Las instituciones del sector público y aquellas que manejen fondos públicos, responsables de programas de desarrollo rural, incorporarán cuando así se justifique, proyectos especiales con su correspondiente financiamiento para asegurar el bienestar de la población rural anciana.

CAPÍTULO V

Del Financiamiento

Art. 19.- Para financiar los programas contemplados en esta Ley, créase el “Fondo Nacional del Anciano” (FONAN) que estará constituido por:

- a) El equivalente al 10% del presupuesto general del Ministerio de Bienestar Social;
- y,
- b) Los recursos provenientes de préstamos y de donaciones, aportes, contribuciones monetarias o en especies de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras.

Art. 20.- Del Fondo señalado en el artículo anterior, se destinará hasta el 10% para el funcionamiento del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas.

CAPÍTULO VI

De las infracciones y sanciones

Art. 21.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo;
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;
- e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o encargados, en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, y en su seguridad;

- f) El desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos, representantes legales o propietarios de centros médicos, en la prestación de servicios a personas de la Tercera Edad; y,
- g) El incumplimiento por parte de los empresarios de transporte aéreo o terrestre, de empresas artísticas, centros deportivos, recreacionales o culturales, en dar cumplimiento a las rebajas previstas en el artículo 15 de esta Ley.

Art. 22.- Las infracciones señaladas en el artículo anterior serán sancionadas con:

- a) Amonestación;
- b) Multa;
- c) Suspensión temporal o definitiva de los permisos de operación de las empresas privadas; y,
- d) Destitución del servidor público infractor.

Art. 23.- Las personas a cuyo cargo se hallan los ancianos, que por primera vez cometieren las infracciones establecidas en el Art. 20 de esta Ley, serán amonestados por el Juez de lo Civil, a petición de parte de lo cual dejará constancia en una acta, bajo prevenciones legales.

Art. 24.- Si los hechos señalados en el Art. 21 de esta Ley se cometieren por segunda vez, los familiares a cuyo cargo se hallen los ancianos, serán sancionados con multas impuestas por el Juez de lo Civil, que oscilarán entre un salario mínimo vital, hasta diez salarios mínimos vitales generales, de acuerdo a la gravedad de los hechos los

que serán ponderados por la sana crítica del Juez. Las multas que recauden serán depositadas en la cuenta del FONAN. (16)

Esta Ley vigente, conocida como Ley del Anciano, fue expedida en el año 1991 y su codificación en el Registro Oficial No. 376, fue dada el 13 de octubre del año 2006, bajo las normas de la Constitución de 1998. Con la nueva Constitución del 2008, el término "Anciano" debe ser reemplazado por "Adulto Mayor" y en ese contexto adopta el nombre de "Proyecto de Ley Orgánica de Protección y Atención Prioritaria de las Personas Adultas Mayores";

La reforma de esta Ley, pone de manifiesto las siguientes disposiciones generales:

Primera: En todos los artículos de la Ley del Anciano en que se utilicen los términos "anciano" o "ancianos", sustitúyanse estos por "persona adulta mayor" o "personas adultas mayores", en su respectivo orden

Segunda: En todos los artículos de la Ley del Anciano en que se utilice la denominación "Ministerio de Bienestar Social", sustitúyanse ésta por "Ministerio de Inclusión Económica y Social"

La presente Ley Reformatoria entrará en vigencia a partir de su fecha de publicación en el Registro Oficial. (17)

3. GERIATRÍA

3.1 HISTORIA DE LA GERIATRÍA

La Geriatría nace a partir de la falta de interés por los problemas de los pacientes adultos mayores. Es ahí cuando el Dr. Nascher dirigió su atención a los adultos mayores y en 1909 publicó el primer documento relativo a la Geriatría: “Longevidad y rejuvenescencia”. (18)

A partir del trabajo de Marjorie Warren y su interés por estos pacientes nace en Inglaterra el primer servicio de geriatría en el West Middlesex Hospital en 1935.

En 1946, el Servicio Nacional de Salud inglés crea la especialidad de Geriatría, iniciando un estilo de asistencia al adulto mayor que se extenderá por todo el mundo. En 1974, la OMS emite el primer informe técnico sobre «Organización y Planificación de Servicios Geriátricos» reforzando esta línea de actuación. Posteriormente, las Naciones Unidas, en la I Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena, 1982), incluyó entre sus recomendaciones: “Desarrollar al máximo los servicios sanitarios, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, en base a las necesidades que presenten las personas de edad, contando con la infraestructura necesaria, así como con el personal especializado que pueda llevar a la práctica una asistencia integral y completa”; “Deberá estimularse la capacitación en todos los aspectos de la Gerontología y la Geriatría y darles la debida importancia en los planes de estudio a todos los niveles”; “Los Gobiernos deberán estimular la creación

de instituciones especializadas en la enseñanza de la Gerontología y la Geriatria” .
(19)

3.2 CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA GERIATRÍA

La geriatría es la rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los adultos mayores. La gerontología estudia todos los aspectos del envejecimiento (sanitarios, sociológicos, económicos, relativos al comportamiento, ambiente y otros)

El principal objetivo de la geriatría es prevenir y superar la pérdida de autonomía de los adultos mayores. Los fines particulares de la especialidad son:

- El desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y problemas médico-sociales de los adultos mayores.
- La organización de una asistencia prolongada a la PAM que la necesiten.
- La movilización de todos los recursos para integrar en la comunidad el mayor número de ancianos posible.
- La investigación, docencia y formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad. (18)

3.3. ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA

El panorama regional latinoamericano descrito por la Organización Panamericana de la Salud reconoce que para 2004, sólo 14% de las Escuelas de Medicina de América Latina y el Caribe tenían programas de Geriatría. (19)

En 2005, a partir de los trabajos de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), se publicó una propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de medicina geriátrica en América Latina, desarrollado por un equipo de profesores de distintos países especialistas en la atención de la PAM.

La medicina geriátrica se entiende como una disciplina que pretende tener un enfoque holístico, no sólo del adulto mayor enfermo o dependiente, sino también del que se encuentra en riesgo de enfermarse o volverse dependiente; requiere del desarrollo de una actitud profesional hacia el adulto mayor que se oponga activamente al “ageísmo” que hay en la actualidad, el cual impide, o al menos dificulta, el acceso de la PAM a la salud y a su autonomía personal. (20)

La formación de los estudiantes universitarios, especialmente de Medicina, debe de tomar en cuenta competencias profesionales generales, como por ejemplo: aprender a aprender, integrar y ampliar el conocimiento, comunicarse, pensar críticamente y razonar, relacionarse con el equipo de salud y la sociedad, responsabilizarse de su persona, su aprendizaje y su papel social. Pero además, requiere de competencias adicionales, por ejemplo: elaborar una historia clínica y realizar el examen físico y

mental del adulto mayor, evaluar la capacidad funcional y los recursos sociales con los que cuentan los pacientes. También deben desarrollar destrezas para elaborar diagnósticos diferenciales con la información obtenida en la historia clínica y el examen físico, e identificar las manifestaciones atípicas de la enfermedad para poder brindar una atención y control dignos para los adultos mayores, siendo necesario para esto, conocer los cambios fisiológicos del envejecimiento mencionados anteriormente. Además, es necesario entender la importancia del equipo multidisciplinario. (19)

Entre los conceptos y habilidades considerados como indispensables para incluirse en los programas de pregrado en Medicina se encuentran:

- La demografía y la epidemiología del envejecimiento y sus implicaciones.
- El proceso de envejecimiento normal y su relación con las enfermedades y la discapacidad del adulto mayor.
- La diferencia entre envejecimiento, enfermedad y deterioro funcional.
- La historia natural de la fragilidad y de la dependencia, sus manifestaciones, vías de adquisición y formas de prevenirlas.
- Las formas como se presentan las enfermedades en la PAM.
- La evaluación de las enfermedades y de la discapacidad en la PAM.
- Las interacciones entre factores físicos, mentales y sociales en la generación de la discapacidad.
- Los fundamentos de la atención de los pacientes adultos mayores y la importancia de la continuidad de los cuidados y de la intervención precoz.

- El valor y las limitaciones de los procedimientos de investigación médica.
- El uso apropiado de los fármacos.
- La importancia de la rehabilitación.
- El cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas.
- El cuidado de los pacientes con enfermedades terminales.
- El valor del trabajo en equipo multidisciplinario.
- La finalidad, recursos necesarios y organización de una unidad de Geriatría.
- La necesidad de fomentar el envejecimiento activo. (20)

La globalización también involucra la enseñanza; la tendencia actual en la educación médica es la movilidad y el intercambio estudiantil, por lo que se requieren cursos basados en créditos que puedan ser equivalentes en otros países.

Sin embargo, también existe una escasez de profesores especialistas en Geriatría en la mayoría de las universidades. Esto afecta la calidad y contenidos de los cursos universitarios, manteniéndose enfoques paternalistas y senilistas para la atención de los adultos mayores.

Los nuevos métodos de enseñanza deben también ayudar a mejorar la adquisición de competencias en Geriatría de los futuros médicos. En el caso de la PUCE, el ABP permite que los estudiantes se enfrenten con la realidad de los problemas de los adultos mayores, y no solo la adquisición de conocimientos teóricos. A través diferentes técnicas pedagógicas (rol playing, pacientes simulados, autoaprendizaje, solución de problemas, dinámicas grupales) los estudiantes adquieren las

competencias necesarias sin romper con sus conocimientos previos aprendidos antes y durante su formación universitaria. Otras técnicas, como la inmersión social, las prácticas en organismos oficiales o privados del campo del envejecimiento, la tutorización de pacientes, el seguimiento de adultos mayores sanos o la tutorización por otros alumnos han mostrado resultados positivos. (21)

3.4 EDUCACIÓN GERIÁTRICA Y SU INFLUENCIA EN EL CAMBIO DE ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES

Si bien la mayoría de los médicos atienden adultos mayores, muchos tienen dificultad en comprender el interés específico de la Geriátrica. Sin embargo, el médico tendrá dificultades para evaluar y dar seguimiento a sus pacientes adultos mayores si se enfoca al cuidado aislado de sus patologías sin considerar al entorno, la comorbilidad y el proceso de envejecimiento.

El estudio “Cambios en las actitudes de estudiantes de Medicina y médicos hacia los adultos mayores luego de una intervención: Una revisión sistemática”, obtenido de la revista American Geriatrics Society, el cual recoge información de 27 estudios en los que se utilizaron diferentes escalas para medir modificaciones en la actitud de los estudiantes luego de recibir clases de Geriátrica. Este estudio revela **resultados inconsistentes**, ya que 14 estudios lograron resultados satisfactorios, y 13 estudios consiguieron resultados negativos con respecto al cambio de actitud. Los resultados y conclusiones de este estudio muestran que **el cambio de actitud positiva se relacionó solamente con el contenido de la intervención**, es decir hubo mejores

resultados cuando se recibieron clases donde se interactuaba con los adultos mayores, en vez de clases solo teóricas. (22)

El estudio “¿Son modificables las actitudes hacia las personas mayores en estudiantes de medicina? Experiencia en la Universidad de Salamanca”, obtenido de la revista SCielo, en donde se evaluaron las actitudes hacia las personas mayores en estudiantes de medicina de 5º año en el 2006-07 inscritos en la asignatura de geriatría, al comienzo y al fin de la misma. Se utilizó la escala diferencial semántica de Rosencranz. En el estudio se demostró que la exposición a conocimientos y prácticas basadas en la atención y cuidado de las personas mayores **modificarían positivamente** las actitudes de los estudiantes de medicina. (23)

El estudio “Pero veo a la gente de edad en todas partes”: disipar el mito de que el cuidado de personas mayores se aprende en rotaciones clínicas no geriátricas”, obtenido de la revista Pubmed, en donde se asignaron aleatoriamente a 263 estudiantes de tercer año de Medicina para que cumplan una rotación en la que recibían 2 semanas de Geriatría, o no. Después, se compararon actitudes de los estudiantes de ambos grupos. Para este estudio se utilizó la escala UCLA de actitudes. Como resultados, se tiene que los 2 grupos de estudiantes empeoraron su actitud hacia los adultos mayores, pero **el grupo que recibió Geriatría obtuvo un mejor puntaje en la escala UCLA que el grupo que no lo hizo**. (24)

El estudio ‘‘Enseñanza de las competencias geriátricas a los estudiantes de Medicina en 1 semana: Una manera eficaz de enseñar competencias seleccionadas usando recursos clínicos y comunitarios’’, obtenido de la revista The American Geriatrics Society, en donde se realizaron encuestas a 120 estudiantes antes y después de cumplir 1 semana de rotación geriátrica, utilizando una escala de actitudes de 12 ítems (Carolina opinions on the Care of Older Adults survey). Los **resultados positivos sobre la actitud de estudiantes, fueron evidenciados inmediatamente al finalizar la rotación.** Aunque todas las actitudes mejoraron, solo 1 sobresalió: El deseo de escoger Geriatría como carrera.

La rotación de 1 semana de duración tiene muchas fortalezas:

1. Es más eficiente para cada estudiante y hay menos posibilidades de desplazar otras necesidades curriculares en la escuela de medicina (posiblemente por lo que es más fácil de incluirlo en el plan de estudios).
2. El seguimiento de las tareas de los estudiantes una vez desarrollado el programa requiere menos profesores y supervisión administrativa para asegurar que los objetivos están siendo cumplidos. En este estudio, las clases tomaron 100 a 150 minutos semanales, y el coordinador gastaba menos de 1 hora semanal para realizar horarios y guiar a los estudiantes.
3. La rotación puede ser transferible a otros entornos de la escuela de Medicina. (25)

En el estudio “Cambios en actitudes hacia los adultos mayores luego de 1 año de recibir un seminario sobre envejecimiento y salud” obtenido de la revista *Journal of medical education*. En el seminario, los estudiantes se reunieron siete veces durante un período de cuatro semanas para un total de 14 horas presenciales. El seminario incluyó:

1. Se presentó información en forma de conferencias breves sobre la demografía del envejecimiento, los cambios psicológicos y fisiológicos en la edad adulta, y problemas médicos de los adultos mayores. Se asignaron aproximadamente 150 páginas de lectura complementaria para los estudiantes.
2. Los estudiantes tuvieron cuatro horas de contacto con profesionales de la salud que estaban directamente involucrados en la prestación de la atención a los pacientes de edad avanzada. Esto es, un médico que dirige la clínica geriátrica, un neurólogo, un psiquiatra y un trabajador social.
3. Cada estudiante entrevistó a dos adultos mayores que vivían en la comunidad. Las entrevistas se centraron en la situación social y psicológica de la persona y en su experiencia con el sistema de salud.
4. Todos los estudiantes participaron en una conferencia de casos en donde presentaron resúmenes de sus entrevistas.

El cuestionario sobre actitudes se tomó antes de empezar el seminario y 1 año después de haberlo culminado. Los **estudiantes mostraron significativamente actitudes más favorables y más complejas hacia los adultos mayores.** (26)

En el estudio “Efecto de una rotación de 12 meses en el conocimiento y las actitudes de los residentes de medicina interna sobre geriatría” obtenido de la revista Jamda, en el que participaron 67 residentes de medicina interna que asistieron a un hogar de ancianos durante un día y medio por mes durante 1 año, tiempo durante el cual participaron en una charla interactiva basada en casos sobre un tema específico de geriátrica, y además debían interactuar con sus pacientes asignados. La actitud fue medida a través de una escala de 28 ítems, antes y después de culminar la rotación de 1 año. Los resultados muestran **que tanto las actitudes como los conocimientos en los residentes mejoraron significativamente** después de cumplir su rotación. Como conclusión se tiene que: Una rotación de 12 meses es una manera efectiva y eficaz para mejorar significativamente los conocimientos, experiencia, y actitudes hacia la geriatría. (27)

En el estudio “La disociación Conocimiento – actitud en la educación geriátrica: Se puede superar?” obtenido de la revista Pubmed, del año 2012; participaron 195 estudiantes de segundo año que recibieron el nuevo plan de estudios de la universidad The Yong Loo Lin at the National University of Singapore, ellos constituyeron el grupo de intervención y hubieron 2 momentos para la recogida de datos para este grupo: en el primer día de la rotación de Medicina Geriátrica en

Marzo 2010 antes de que iniciaran cualquier enseñanza y 2 semanas después del final de la rotación.

Un punto destacado de la rotación es el uso de talleres de simulación de envejecimiento para mejorar el aprendizaje basado en experiencias de los temas clave en la medicina geriátrica. El objetivo de los talleres fue sensibilizar a los estudiantes al proceso de envejecimiento. Por ejemplo, los estudiantes usaron gafas translúcidas (simulando cataratas), se pusieron cintas masking en la punta de los dedos (simulando neuropatía periférica) para llenar cajas de pastillas con mentas de 12 colores diferentes (simulando 12 medicamentos diferentes con diferentes frecuencias de dosificación), y preparar micro jeringas de agua (simulando la insulina). A partir de entonces, a los estudiantes se les pidió que compartan sus experiencias con sus compañeros. Además, los estudiantes también tuvieron la oportunidad de obtener una historia cognitiva y ejecutar herramientas de evaluación validadas como la Abbreviated Mental Test y Geriatric Depression Score y apreciar los retos y las limitaciones de su administración. Los estudiantes también aprendieron los problemas comunes asociados al envejecimiento tales como demencia, depresión y delirio mediante una discusión de un caso.

La principal conclusión de este estudio es **que la rotación por Medicina Geriátrica de 2 semanas mejoró tanto los conocimientos en geriatría como las actitudes de los estudiantes de medicina de segundo año**. Esto ocurrió a pesar de las actitudes menos positivas al inicio del estudio entre los estudiantes del nuevo currículo (grupo intervención) en comparación con estudiantes del viejo currículo (grupo base). (28)

4. ACTITUDES

4.1 CONCEPTOS

Al afrontar las diversas situaciones sociales que se presentan en la vida diaria, el ser humano desarrolla un conjunto de acciones y exhibe manifestaciones en su comportamiento de un rango muy amplio. En el marco de esta situación se evidencian frecuentemente ya sea directa e indirectamente las actitudes que la persona posee.

A pesar de la gran variedad de definiciones que existen sobre las actitudes, casi todas expresan que una actitud supone una predisposición de las persona para reaccionar frente a los objetos sociales del ambiente. He aquí algunos conceptos:

- Thurstone, 1959: El concepto de actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico.
- Krench y Crutchfield, 1962: Las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas.
- Allport, 1935: Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta.

- Rodríguez, 1976: Una actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dichos objetos.
- Whithaker, 1987: Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico” (29)

Como se observa por las definiciones, la mayoría de los autores concuerdan en que la actitud es un proceso adquirido y que predispone a actuar ante un determinado objeto o circunstancia de la vida; de tal manera que se observa una relación directa entre la actitud y el comportamiento.

4.2 RELACIÓN ENTRE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO

Las actitudes influyen en la conducta social. Es sabido que las actitudes y las intenciones de las personas sirven como base de los comportamientos que éstas manifiestan. Además las actitudes inconscientes pueden tener el mismo efecto dependiendo de las circunstancias que las activan. Tanto las actitudes conscientes como inconscientes son más propensas a guiar la conducta dado que los factores externos permiten la ejecución de esas acciones.

Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes. Hay muchos ejemplos de esto: los padres que intentan influir en la conducta de los hijos, los maestros que intentan influir en los alumnos, etc.

Varios psicólogos defienden que hay dos formas de cambiar las actitudes:

Naturaleza cognitiva: Se utiliza en las personas motivadas y que saben bien que desean. Esta es una forma muy útil, y si se llega a producir este cambio de actitudes, esta nueva actitud durará mucho tiempo. Por ejemplo, en la influencia de las clases de Geriátrica sobre las actitudes hacia el adulto mayor, al aprender nuevos conocimientos sobre el tema, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio sobre lo que se piensa, lo que se cree, lo que se conoce del adulto mayor, partiendo de la nueva información adquirida.

Naturaleza afectiva: Esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante claves. Si se llega a producir este cambio, es un cambio temporal y no perdurará durante mucho tiempo. (30)

4.3 ESTEREOTIPOS DE LA VEJEZ

El creciente proceso de envejecimiento de la población, hace necesario que los profesionales de la salud, educación y otras disciplinas relacionadas con los servicios sociales, desarrollen competencias para atender eficazmente las necesidades de este grupo. Por ello, las actitudes, o percepciones sobre los adultos mayores tienen un

papel importante en la manera como los futuros profesionales de la salud van a asumir el trabajo con las personas mayores.

Robert Butler en 1968 fijó el término “ageísmo” para definir al “proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores, del mismo modo que el racismo y el sexismo lo hacen con el color de la piel y el género”, lo cual crea barreras para que la sociedad acepte, respete y trate dignamente a los adultos mayores. (31). Han pasado ya 46 años desde que se estableció este concepto, y a pesar de las continuas preocupaciones por parte de ciertas organizaciones para evitar la discriminación hacia la PAM y reintegrarlos a la sociedad, no ha sido posible lograr totalmente este cambio. Es algo paradójico pensar que, en una sociedad que avanza, en pleno siglo XXI a pesar del crecimiento de la PAM, de la industrialización, de los avances tecnológicos, avances médicos, mejores oportunidades de educación donde se debería fomentar el respeto a los demás independientemente de su sexo, raza, y edad; siga existiendo este tipo de discriminación. Esta es una realidad, cuyos efectos se van a dejar sentir a mediano y largo plazo.

Son frecuentes los estereotipos en los que se atribuyen características negativas a los adultos mayores como ser enfermizos, frágiles, improductivos, intransigentes o dependientes. (32) Sin embargo, muchos adultos mayores son robustos, es decir, no poseen criterios para denominarlos frágiles. Una posible explicación que se propone es el miedo a la vejez, o el miedo de nuestra propia mortalidad; pensar en los adultos

mayores conllevaría un incremento de ansiedad por el hecho del corto periodo de vida que tenemos, una vez alcanzada cierta edad. (31)

Las creencias más frecuentes sobre la vejez a partir de investigaciones sobre estereotipos son:

a) Los adultos mayores son percibidos como enfermos y con grandes dosis de discapacidad funcional

Este estereotipo ha sido reforzado por el uso del término de fragilidad, que se ha usado frecuentemente en la literatura gerontológica, y que contradice la evidencia de la autonomía personal y del buen nivel de salud que mantienen la mayoría de los adultos mayores. A pesar de una elevada presencia de patologías crónicas, las tres cuartas partes de las personas mayores de 65 años refieren que su estado de salud es bueno. En un informe del IMSERSO (1995) se señala una tasa de independencia de hasta el 80% de la PAM, tomando como indicador la capacidad de realizar las tareas diarias sin ayuda. La idea de la dependencia generalizada también se opone a la realidad de que cada vez más adultos mayores deciden vivir solos en su propia casa, teniendo así una forma de vida autónoma que les permite mantener su privacidad.

b) Los adultos mayores son percibidos como carentes de recursos sociales, lo que les hace estar solos y deprimidos

En un estudio de Bazo (1990), se encontró que la mayoría de los adultos mayores entrevistados contaban con apoyos afectivos y sociales y no se encontraba en ellos una alta tasa de depresión. Sin embargo se suele hacer una distinción entre las personas de edades muy avanzadas (más de 85 años) y las más jóvenes, ya que con el aumento de la edad también se produce un aumento de las discapacidades físicas y de la muerte de la pareja, con lo que existe más riesgo de soledad y desamparo.

c) Los adultos mayores son percibidos con deterioro cognitivo y trastornos mentales

Aunque las investigaciones han demostrado que existe una pérdida de memoria con el incremento de la edad, y porque los fallos de memoria son la queja subjetiva más frecuente en la PAM, varios autores sugieren que hay aspectos de la memoria que apenas se deterioran y que cuando esto ocurre, suele estar ligado dicho deterioro a otras patologías, como depresión, y demencias. La mayoría de los déficits de memoria son ligeros y suelen estar relacionados con aspectos como la motivación, la atención, la velocidad y las estrategias de procesamiento. Se ha demostrado que los adultos mayores desarrollan habilidades sustitutivas de algunas de las que declinan, y que la inteligencia práctica puede experimentar cambios positivos en la vejez.

d) Los adultos mayores aparecen como psicológicamente rígidos e incapaces de adaptarse a los cambios.

Los adultos mayores no parecen ser menos flexibles en términos de actitudes o estilos de personalidad que las personas más jóvenes, sino que diferentes estudios

han demostrado que tienen recursos de afrontamiento en abundancia, lo que les lleva a manejar el estrés en una variedad de situaciones de una forma efectiva. Hay investigaciones que sugieren que la vejez no es una etapa del desarrollo especialmente estresante y que junto a una mayor fragilidad biológica, aparece también más fortaleza para adaptarse psicológica y culturalmente. (33)

4.4. ESCALA UCLA

La escala de actitudes UCLA (University of California at Los Ángeles) es una encuesta de 14 ítems, que utiliza la escala de respuesta tipo Likert que indica el grado en que el encuestado está o no de acuerdo con cada enunciado.

Fue probada y desarrollada por primera vez con los médicos residentes por Reuben et al, (en 1998) y más tarde aplicada a los estudiantes de medicina. Esta escala utiliza una escala de 5 puntos con puntuaciones bajas (1-2) que indican puntos de vista negativos, 3 como la respuesta neutral y 4-5 interpretado como resultados positivos: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = algo de acuerdo, 3 = neutral, 4 = algo de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo; respectivamente. La UCLA no ha sido modificada. Utiliza ítems tanto positivos como negativos, estos último deben ser revertidos sus valores para lograr una puntuación consistente. Un ejemplo típico de un enunciado de la escala es: "Si tuviera la oportunidad, preferiría atender a los pacientes más jóvenes en vez de a los de edad avanzada".

Para garantizar unidireccionalidad de los ítems, una puntuación más alta refleja actitudes más positivas hacia los adultos mayores.

Una preocupación metodológica usada en esta escala fue el uso mixto de elementos positivos y negativos. Durante los últimos 40 años más o menos, se ha convertido en una práctica común emplear un conjunto equilibrado de elementos positivos y negativos en el diseño de encuestas de actitud. Esta recomendación creció de la necesidad percibida de tratar con conjuntos de respuestas por parte de los individuos que marcan respuestas de actitudes en conjuntos como la aquiescencia o el acuerdo de serie (por ejemplo, marcando siempre el "acuerdo" en la escala típica de Likert).

El uso de elementos positivos y negativos intercalados en una medida de la actitud es una estrategia para reducir la probabilidad de que los encuestados caigan en una respuesta modelada.

Se supone que los elementos negativos y positivos son esencialmente equivalentes, y las puntuaciones de los elementos negativos se deben revertir inversamente para establecer una escala de puntuación congruente. De hecho, el equipo que desarrolló la escala UCLA comenzó con 40 elementos con aproximadamente la mitad de las declaraciones redactadas en forma positiva y la otra mitad en forma negativa. Pero, con el tiempo, se obtuvieron finalmente 14 ítems (5 redactados en forma positiva y 9 ítems redactados en forma negativa) tras el análisis de los resultados de las pruebas preliminares. (34)

4.5 ESCALA TIPO LIKERT

La UCLA es una escala tipo Likert. En este tipo de escalas, se plantean una serie de proposiciones, ante las cuales el individuo debe mostrar su “acuerdo” usando palabras que implican grados crecientes (o decrecientes) del mismo.

Posee las siguientes características:

- No contiene dos argumentos, caso contrario no se podría saber a cuál se contesta.
- Referido a actos presentes, ni pasados, ni futuros.
- Evita las negaciones y las dobles negaciones.
- Evita que los enunciados puedan interpretarse de más de una forma: claros, frases simples y sin complejidades
- Lenguaje directo y muy comprensible para la muestra
- Frases cortas (no más de 20 palabras)
- Un único concepto
- Evita los enunciados que puedan ser aceptados o rechazados por prácticamente todos, ya que no discriminan y no aportan información sobre la actitud de la muestra.
- Recomienda que la mitad de los enunciados estén a favor y la otra en contra y que se entremezclen: para evitar que se responda por inercia.
- Si se compara tendencia y conducta, cargar sobre las tendencias comportamentales. A la hora de analizar no se separan los componentes.

Ventajas de la escala de Likert

- Es preferida por los individuos por ser sencilla y “más natural” para completar.
- Tiende a mostrar altos grados de confiabilidad y validez.
- Es efectiva para medir cambios en el tiempo (por ejemplo, antes y después de una intervención). (30)

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN

Ante el constante incremento de la esperanza de vida en nuestro país y a nivel mundial, es evidente que se van generando nuevas demandas para el sector social denominado “adultez mayor”. La profesión de Medicina es considerada como el arte del cuidado de los enfermos, sin embargo en la actualidad, no sólo es el cuidado de los enfermos, sino se hace énfasis en la planificación e implantación de programas destinados a la atención de las necesidades de salud de la población, por ello es una profesión encargada del cuidado humano en forma integral y en las diferentes etapas de vida por lo cual le compete también el cuidado del adulto mayor.

Tal como se señala en el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la educación y formación de los trabajadores de la salud para el cuidado de los adultos mayores han sido identificadas como uno de los principales objetivos para los gobiernos.

Ya que los futuros médicos gastarán una proporción creciente de su tiempo al cuidado de los pacientes de más edad, hay un convincente argumento a favor de la mejora de la calidad de la educación geriátrica en las escuelas de medicina. Sin embargo, el plan de estudios en muchas escuelas de medicina no prepara adecuadamente a los estudiantes para que cumplan los cambios complejos en las

necesidades de los adultos mayores. Muchos estudiantes creen que, porque ven a los adultos mayores en la mayoría de las rotaciones clínicas, los alumnos adquieren los conocimientos y actitudes necesarias para trabajar con ellos, y por lo tanto, consideran redundante un estudio más especializado.

Tomando en consideración que actualmente la enseñanza sobre Geriatria está incluida en la mayoría de currículos de las Facultades de Medicina de las Universidades de Quito (excepto una: Universidad Central del Ecuador), y que la actitud es gran determinante en el actuar de la persona, ya que se ha demostrado que actitudes “ageístas” hacia los adultos mayores, afectan negativamente el cuidado del paciente y el comportamiento hacia él, dando lugar a complicaciones en el diagnóstico y el tratamiento y a una pobre comunicación; se ve de suma importancia realizar el presente estudio que permita identificar si el estudio y aprendizaje de Geriatria modifica positivamente o no la actitud, tendencia o predisposición, así como el grado de emoción de los estudiantes de Medicina hacia el cuidado de la persona adulta mayor, la misma que como mencione antes, influencia el manejo integral de este grupo de personas. De ahí, que este estudio servirá para conocer la influencia de las clases de Geriatria sobre la actitud de los estudiantes, y conocer la importancia de la inclusión de esta especialidad en el currículo académico de la educación médica.

3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Este estudio trata de dar respuesta a estas interrogantes:

- ¿Cuál es el efecto de un programa educativo de Geriatría/ Envejecimiento sobre la actitud de estudiantes de Medicina de las universidades de Quito que cuentan con esta enseñanza, hacia los Adultos Mayores, en el año 2014?
- ¿De qué manera influye el tiempo de duración del programa educativo y la metodología de enseñanza utilizada, en las actitudes de estudiantes de Medicina de las universidades de Quito que cuentan con esta enseñanza, hacia los Adultos Mayores en el año 2014?

3.3 OBJETIVOS

General

- Identificar las consecuencias que presenta el recibir un módulo de Geriatría/ Envejecimiento, sobre las actitudes de los estudiantes de Medicina hacia los Adultos Mayores en las universidades de Quito UDLA, USFQ, UIDE, PUCE, UTE que cuentan con esta asignatura, en el año 2014.

Específicos

- Comparar las actitudes de los estudiantes de la carrera de Medicina hacia los Adultos Mayores, antes y después de cursar el módulo de Geriatría/

Envejecimiento, en las universidades de Quito que cuentan con esta enseñanza, a través de la escala UCLA, en el año 2014.

- Relacionar los resultados entre el tiempo de duración del módulo de Geriátrica/ Envejecimiento, con las actitudes de los estudiantes de Medicina en las universidades de Quito que cuentan con esta enseñanza, en el año 2014.
- Determinar si los resultados obtenidos sobre los cambios de actitud de los estudiantes de Medicina hacia los Adultos Mayores, muestran diferencia de acuerdo al método de enseñanza utilizado en las clases de Envejecimiento.

3.4 HIPÓTESIS

- La enseñanza de un módulo de Geriátrica/ Envejecimiento en las facultades de Medicina de las universidades de Quito aumenta la puntuación obtenida en la escala UCLA, mejorando las actitudes de los estudiantes de Medicina hacia los adultos mayores.

3.5 METODOLOGÍA

Muestra

La muestra la conformaron todos los estudiantes pertenecientes a las universidades antes mencionadas que reciben un módulo de Envejecimiento:

- Universidad San Francisco de Quito: 21 estudiantes

- Universidad De Las Américas: 22 estudiantes
- Universidad Técnica Equinoccial: 52 estudiantes
- Universidad Internacional del Ecuador: 25 estudiantes
- Universidad Católica Del Ecuador: 22 estudiantes (rotación de Adulto)
 - Total: **142** estudiantes
- A todos los estudiantes se les realizó las encuestas antes y después de recibir el módulo de Envejecimiento. Se les otorgó un consentimiento informado previo a llenar las encuestas.

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de corte transversal en los estudiantes de Medicina de las 5 Facultades de las Universidades de Quito que cuentan con esta asignatura durante el período comprendido entre Abril a Julio del 2014.

La información se recolectó a través de una hoja de datos personales y la entrega (previo consentimiento informado) de una encuesta con la escala UCLA a cada uno de los estudiantes durante dicho período, luego se esperó a que los estudiantes culminen su rotación para entregarles una segunda encuesta, para finalmente

establecer si existe asociación entre las clases de Geriatría/ Envejecimiento y la modificación de las actitudes hacia los Adultos Mayores.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudiantes matriculados en la asignatura de Geriatría/Envejecimiento	Estudiantes que no deseen participar del estudio
Estudiantes pertenecientes a la universidades mencionadas	Estudiantes que no culminen totalmente la asignatura de Geriatría/Envejecimiento
Estudiantes que deseen participar en el estudio	

Plan de análisis de datos

Los datos se analizaron usando el programa SPSS versión 20, en el cual se procesó la información obtenida de las encuestas, y se asignaron códigos a los estudiantes, para garantizar la confidencialidad de los datos.

Se realizó el análisis mediante las siguientes pruebas:

Se realizó un análisis univariado. Para correlacionar las variables se realizó un análisis bivariado a partir de variables dicotómicas. Se obtuvo R Pearson para determinar asociaciones. Y se establecieron valores P para determinar significancia estadística.

Se utilizó la prueba T de student para obtener diferencias de medias entre las universidades.

3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio incluye estudiantes de la facultad de Medicina de las universidades de Quito que roten por Geriatría/Envejecimiento. A los alumnos se les otorgó un Consentimiento Informado, el cual fue necesario llevarlo a efecto en todos los estudiantes y previo al procedimiento, comprendiendo que este involucra información, respeto y decisión.

Para la participación de los estudiantes se respetó el principio de autonomía, haciéndoles conocer los objetivos, propósitos, así como el uso que se le daría a los resultados, teniendo libertad de decisión para participar; no hubo presión ni persuasión para su participación. Se facilitó información comprensible, en lenguaje asequible para los estudiantes, teniendo en cuenta que en muchos casos los participantes no tenían el conocimiento y/o experiencia suficiente en el área del Adulto Mayor.

Fue sumamente necesario asegurar a los participantes del estudio que sus datos personales y los resultados obtenidos serán confidenciales y que serán utilizados con fines meramente investigativos.

El método que se utilizó para el estudio, como expuse anteriormente, fue la escala UCLA de actitudes hacia el Adulto Mayor, con lo que se descarta absoluto riesgo potencial para los estudiantes.

3.7 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

El equipo de investigación lo conformaron la autora de la tesis, el director metodológico y el director académico, quienes son respetados docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Para la ejecución del presente trabajo de investigación, se realizaron los trámites administrativos ante las diferentes universidades, dándoles a conocer los propósitos y procedimientos de la investigación. Posteriormente se me autorizó su ejecución; se obtuvo el permiso de los diferentes Decanatos de las Facultades.

Debido a que en el estudio se utilizó la escala UCLA como método para evaluar las modificaciones en las actitudes, y además se les otorgará un consentimiento informado, se requiere una inversión por cada copia de 6 centavos, dentro del material de papelería se ha calculado que se gastó aproximadamente 80 dólares.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

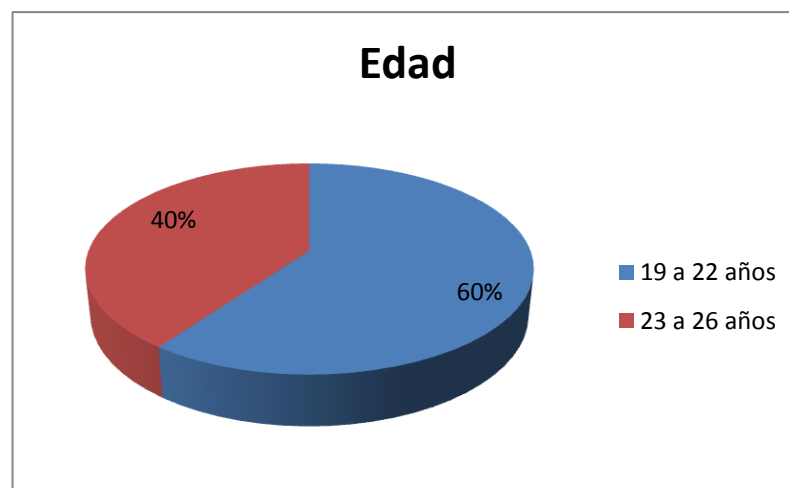
4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Se describen las características sociodemográficas del estudio, y posteriormente se realiza el análisis de cada enunciado de la escala UCLA. Debido a que la metodología de enseñanza y el tiempo de estudio fueron distintos para cada universidad, también se analizan los resultados de cada institución y se compara las actitudes de acuerdo al tiempo de clases impartido.

4.1.1 Características de la población estudiada

4.1.1.1 Edad

GRÁFICO 9: Porcentajes de los grupos de edad de los estudiantes encuestados

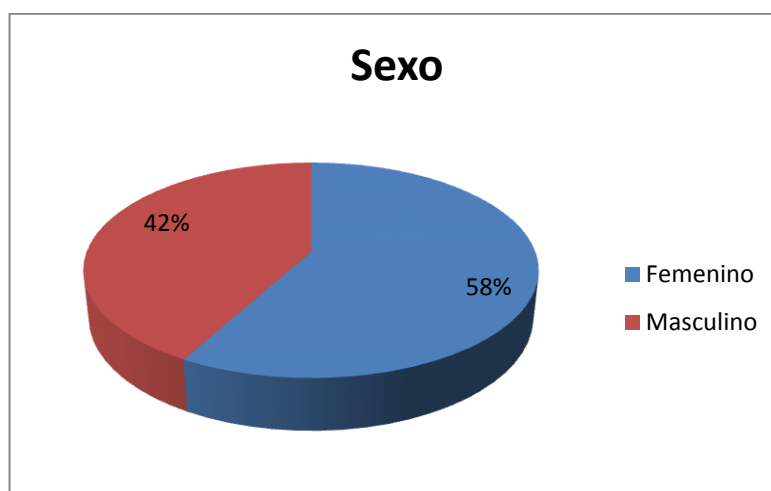


Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

Como se puede ver en la ilustración, los estudiantes se encuentran en los grupos de edad entre 19 y 26 años; el 60% de la muestra tiene menos de 23 años de edad, y el 40% de la muestra tiene 23 años o más. Es decir, se trata de una población joven, homogénea, que se encuentran cursando el pregrado de la carrera de Medicina; lo que nos permite obtener un análisis más confiable de los resultados obtenidos.

4.1.1.2 Sexo

GRÁFICO 10: Porcentajes del sexo de los estudiantes encuestados

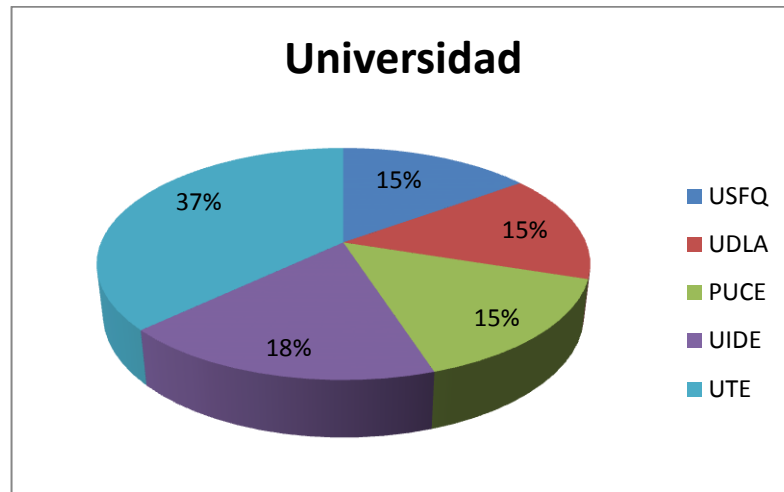


Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

Los resultados muestran que más de la mitad de estudiantes encuestados son mujeres, representando estas el 58%, mientras que el 42% los conforman los varones. Estos datos reflejan la predominancia del sexo femenino en la carrera de Medicina, el mismo que ocurre de forma general en los diferentes niveles de estudio.

4.1.1.3 Universidad

GRÁFICO 11: Porcentajes de las universidades de los estudiantes encuestados



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

La encuesta se realizó en 5 universidades de Quito, que contaban con diferente número de estudiantes tomados en cuenta para la muestra, dando un total de 142. Así mismo, unas universidades recibieron clases meramente teóricas, y otras universidades recibieron clases teóricas y prácticas

USFQ: 21 estudiantes, clases teóricas y prácticas

UDLA: 22 estudiantes, clases teóricas

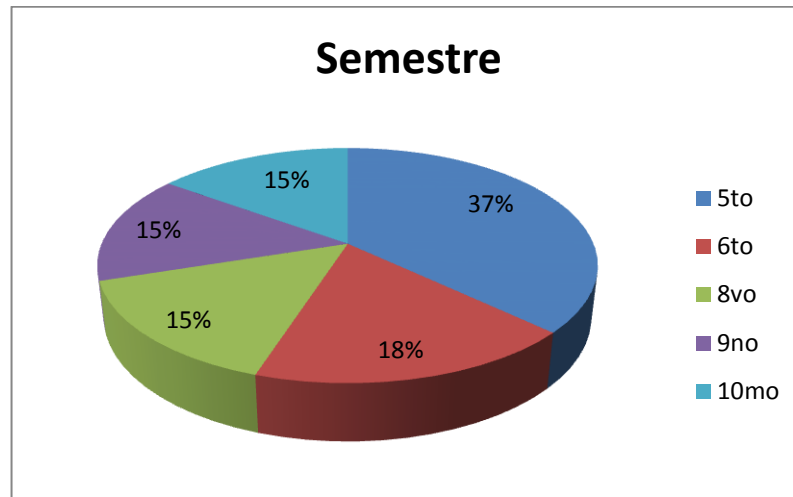
PUCE: 22 estudiantes, clases teóricas

UIDE: 25 estudiantes, clases teóricas y prácticas

UTE: 52 estudiantes, clases teóricas

4.1.1.4 Semestre

GRÁFICO 12: Porcentajes del semestre en curso de los estudiantes encuestados

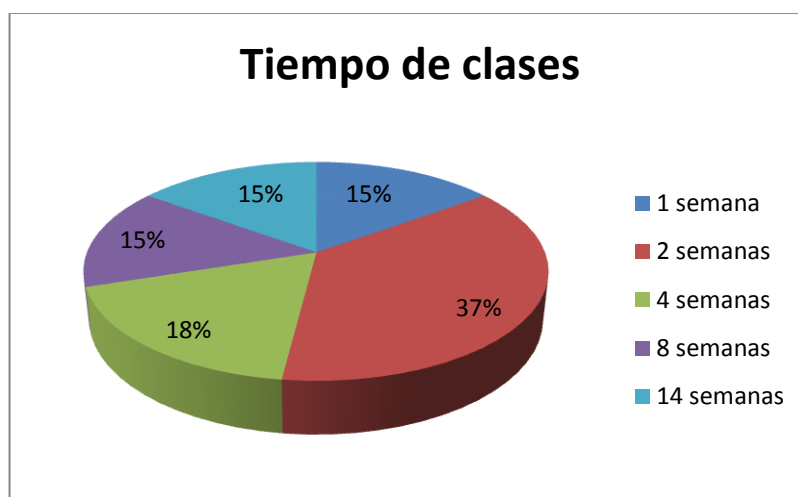


Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

El nivel de estudios de la población encuestada varía desde 5to semestre hasta 10mo semestre, es decir, todos los estudiantes ya poseen conocimientos en Medicina que reciben en cursos anteriores, pero, en cuanto a temas de Envejecimiento, es el primer módulo que van a recibir. El mayor porcentaje de estudiantes (37%) se encuentra en 5to semestre, el nivel más bajo de estudios. De acuerdo al semestre, se trata igualmente de una población homogénea, sin mayor diferencia en cuanto a conocimientos médicos.

4.1.1.4 Tiempo recibido de clases de envejecimiento

GRÁFICO 13: Porcentajes del tiempo de clases recibido de los estudiantes encuestados



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

La duración del módulo de envejecimiento varía notablemente en las diferentes universidades, siendo el menor tiempo 1 semana, y el mayor tiempo 14 semanas. Cabe mencionar que en este estudio, el análisis se lo realiza de acuerdo al número de semanas, más no de acuerdo al número de horas totales de clases que recibe cada universidad.

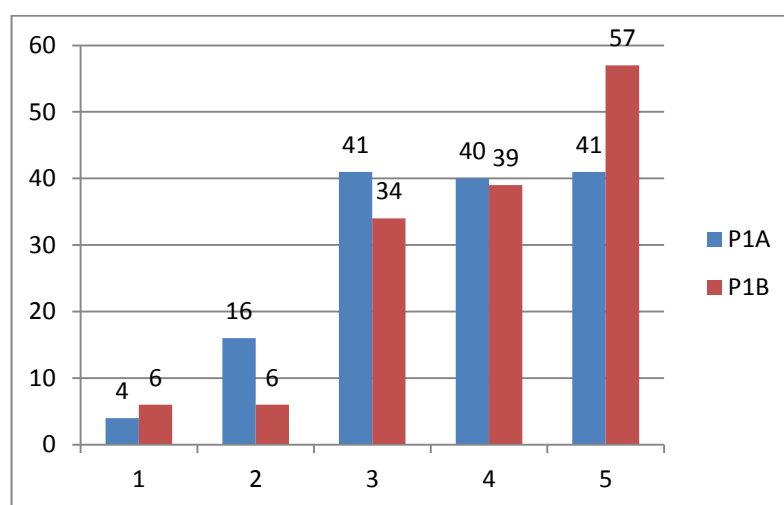
4.1.2 Características del estudio

Se realizó la encuesta de actitudes hacia los adultos mayores UCLA, la cual contiene 14 enunciados positivos y negativos, con 5 opciones de respuesta. En los siguientes

gráficos de barras, el puntaje 1 refleja mala actitud, y 5 refleja buena actitud por parte de los estudiantes.

4.1.2.1 Sentimientos al compartir con adultos mayores

GRÁFICO 14: Puntuación antes/después del enunciado #1 de la escala UCLA



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

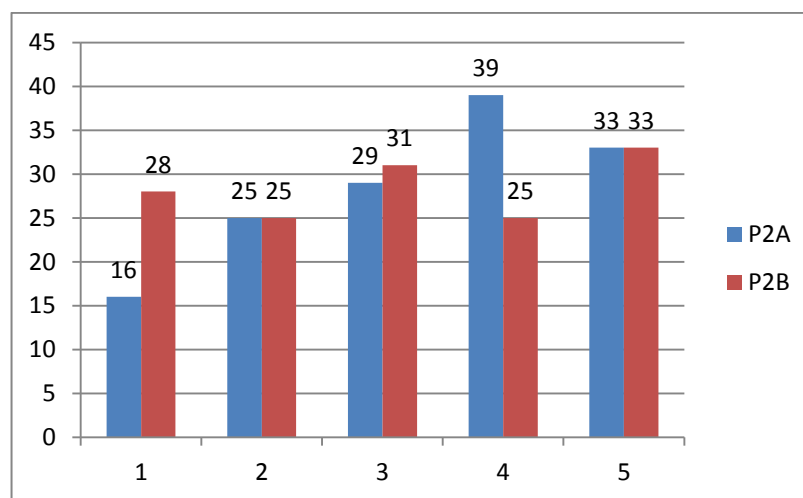
Esta pregunta no fue orientada específicamente a definir el sentimiento hacia “pacientes adultos mayores”, sino hacia “adultos mayores” en general. El resultado de la encuesta evidencia que la mayoría de alumnos, tanto antes y después de la intervención, muestran una actitud positiva respecto a este enunciado, reflejando de esta manera un cambio en las estructuras sociales y culturales de la juventud en la convivencia con los adultos mayores.

En épocas anteriores la relación sociedad-adulto mayor se limitaba exclusivamente al ámbito familiar, es decir, la mayor o menor atención a la PAM dependía de los

sentimientos generados en el interior de las familias. En la actualidad, se han implementado una serie de políticas y programas sociales que han permitido una mejora en la calidad de vida del adulto mayor y que han impactado en la sociedad generando un cambio importante en el convivir con los adultos mayores.

4.1.2.2 Redistribución del dinero de la atención de los adultos mayores a la investigación sobre el SIDA o enfermedades pediátricas

GRÁFICO 15: Puntuación antes/después del enunciado #2 de la escala UCLA



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

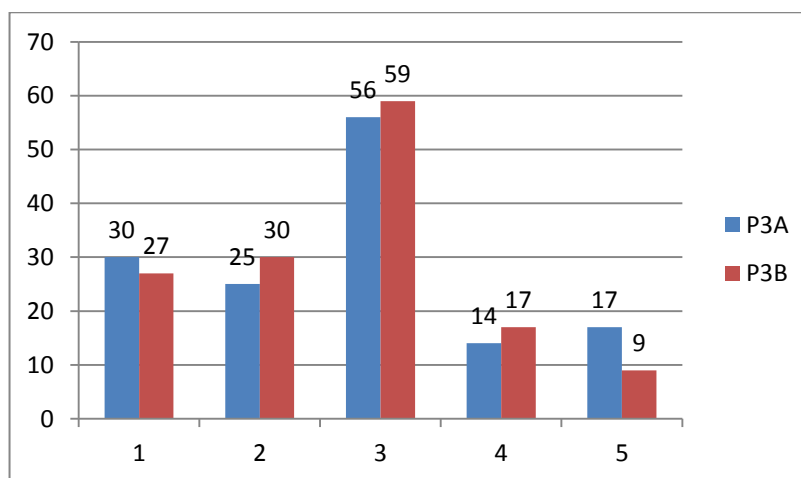
La encuesta refleja que los alumnos piensan que NO se debe reasignar el dinero de la atención de los adultos mayores hacia investigación sobre el sida y enfermedades pediátricas, esto a pesar de que el impacto de las consecuencias del sida en la sociedad y especialmente en la juventud se lo puede calificar como más catastrófico.

Este pensamiento positivo de los estudiantes puede deberse justamente al cambio cultural en las relaciones sociedad-adulto mayor y a los datos mencionados a continuación.

En el 2011, el gasto total en VIH- SIDA en Ecuador fue de 28'641.874, mientras que, en el mismo año, el presupuesto invertido por el Gobierno Nacional a través del Ministerio del Inclusión Económica y Social (MIES) para la atención de adultos mayores fue de 5'885.416, y este valor asciende a 7'881.144 para el 2013. Estos datos reflejan que en el Ecuador se invierte alrededor de 4 veces más en la atención al VIH/SIDA que en la atención a los adultos mayores, por lo tanto, de ninguna manera se debería reasignar el dinero de la atención de los adultos mayores a la investigación sobre el SIDA o enfermedades pediátricas.

4.1.2.3 Atención médica a pacientes más jóvenes en vez de adultos mayores

GRÁFICO 16: Puntuación antes/después del enunciado #3 de la escala UCLA

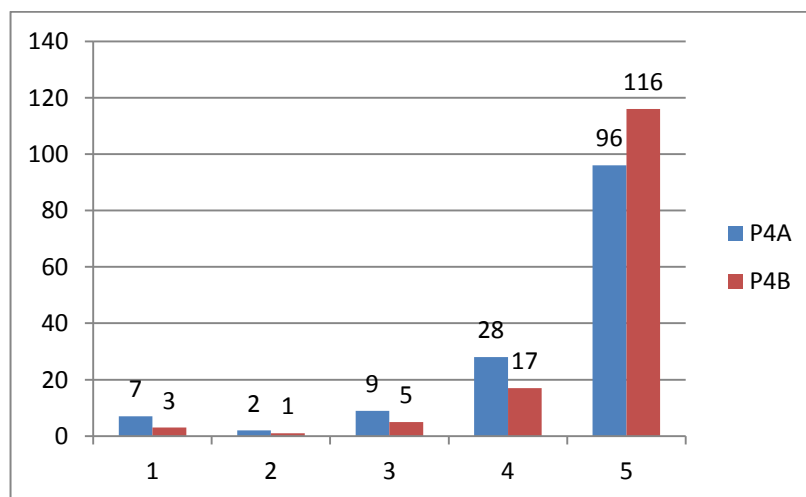


Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

La encuesta refleja que para la mayoría de alumnos le es indiferente atender tanto a pacientes jóvenes como a pacientes adultos mayores. Es muy importante mencionar que la encuesta se realizó a alumnos que anteriormente no habían recibido enseñanzas sobre envejecimiento, siendo éste su primer módulo, por tanto no han tenido experiencias académicas anteriores en temas relacionados con adultos mayores, y mucho menos contacto directo con estos pacientes. Se debe recalcar también que en los cursos inferiores, en el pensum de estudios predominan temas no relacionados con adultos mayores, y sí temas materno- infantiles.

4.1.2.4 Cuidados por parte de la sociedad hacia los adultos mayores

GRÁFICO 17: Puntuación antes/después del enunciado #4 de la escala UCLA



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

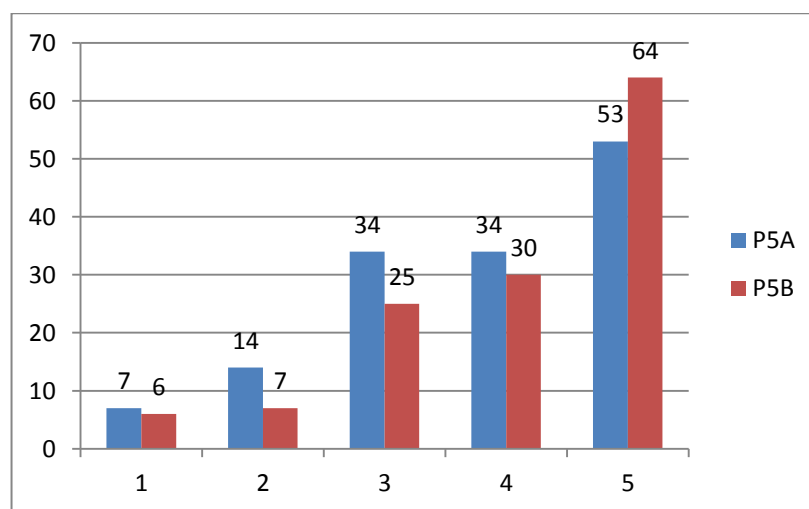
La gran mayoría de los alumnos piensan que es la sociedad la que debe brindar cuidado a los adultos mayores, y en este grupo también estamos involucrados los

estudiantes. Esta idea aumenta después de la intervención, tal vez debido a que durante el módulo, se adquieren conocimientos acerca de cambios fisiológicos del envejecimiento, síndromes geriátricos, comorbilidades, ente otros; y esto podría aumentar la idea de que los adultos mayores necesitan apoyo y cuidado por parte de la sociedad.

La necesidad de cuidados en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades ha habido siempre personas mayores que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Se ha visto que en los países subdesarrollados, predomina el cuidado informal (amigos, familiares) sobre el formal.

4.1.2.5 Exceso de consumo de los recursos humanos y materiales debido a la atención médica brindada hacia los adultos mayores.

GRÁFICO 18: Puntuación antes/después del enunciado #5 de la escala UCLA



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

Los resultados de la encuesta muestran que tanto antes como después del módulo de envejecimiento, la mayoría de alumnos NO consideran que la atención a la PAM consuma los recursos humanos y materiales en exceso, este pensamiento positivo se incrementa después de la intervención.

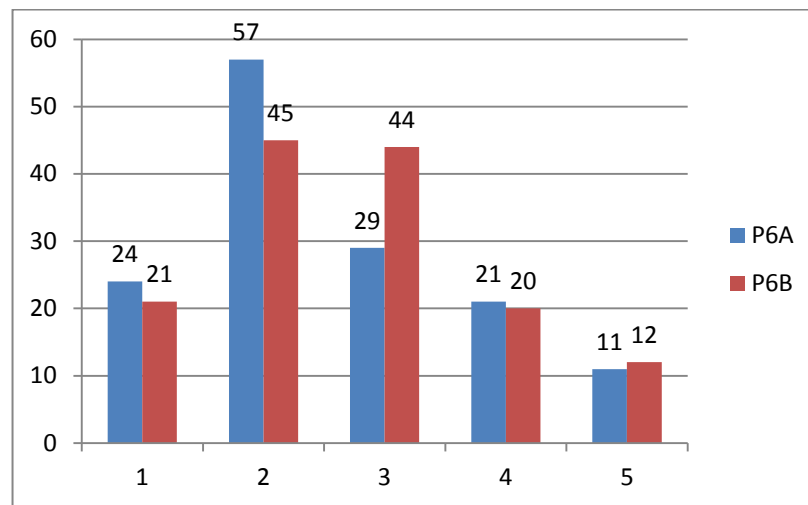
En este aspecto se debe mencionar que, en nuestro país, la asistencia pública y privada en salud de manera general no está direccionada a la atención al Adulto Mayor, su valoración generalmente es breve y dirigida por el motivo de consulta, sin tomar en cuenta la valoración funcional, mental o social; aunque cabe recalcar que, en la atención primaria de salud, en 2do y 3er nivel, entre el 10 y 20% de las instituciones SI realiza la valoración funcional de los pacientes adultos mayores, por tanto, si una minoría cumple estos parámetros, porque no podemos incrementar todos este modelo de atención?

Así mismo, la atención hospitalaria es realizada por personal sin entrenamiento en geriatría, ya que la disponibilidad de personal con experiencia en este campo es limitada, es así que en Ecuador para el año 2013 solo existen 48 médicos Geriatras.

Por lo expuesto, es entonces una consecuencia lógica que la PAM NO consuma en exceso los recursos materiales y humanos destinados a la salud en general

4.1.2.6 Conforme las personas envejecen se vuelven menos organizadas y más confusas

GRÁFICO 19: Puntuación antes/después del enunciado #6 de la escala UCLA



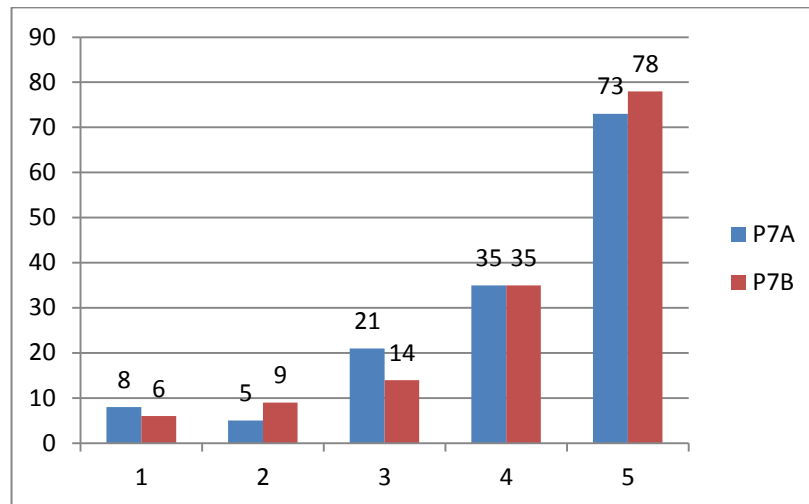
Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

En este gráfico podemos observar que la mayoría de estudiantes mostraron actitud negativa y neutral respecto a este enunciado. Después de la intervención, aumenta el número de estudiantes que responde “neutral”, pero no aumenta el número de estudiantes con actitud positiva.

El pensar que las personas conforme envejecen se vuelven menos organizadas y más confusas, está dentro de los mitos respecto al envejecimiento; y este mito muy común, pudo estar presente en los estudiantes al momento de responder la encuesta. Aunque se ha demostrado que si bien es cierto que existe pérdida de memoria con el aumento de la edad, esta está ligada a varios otros factores, y que esta pérdida es sustituida por la adquisición de otras habilidades. (33)

4.1.2.7 Agradecimiento de los adultos mayores por atención médica brindada hacia ellos

GRÁFICO 20: Puntuación antes/después del enunciado #7 de la escala UCLA



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

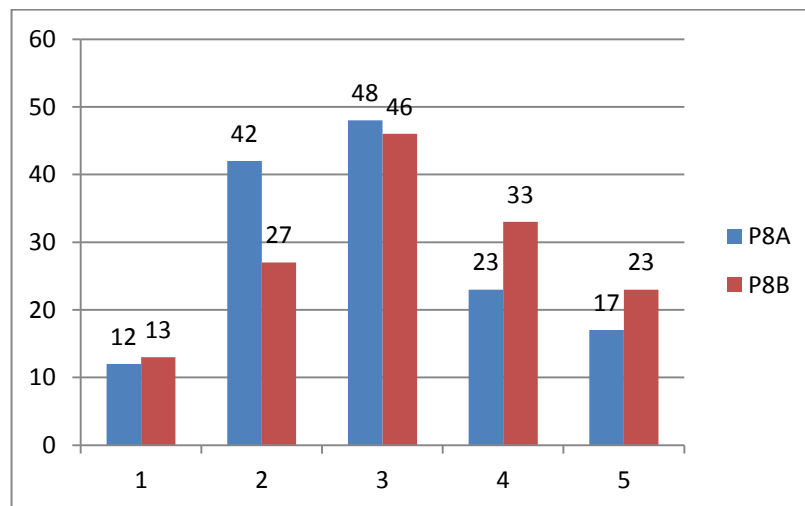
La encuesta refleja que los estudiantes creen que los adultos mayores son muy agradecidos por la atención médica brindada hacia ellos. Es evidente que el aspecto cultural influye directamente en el sentimiento de “agradecimiento” por parte del adulto mayor, ya que la atención de salud a este grupo humano en épocas anteriores fue escasa y a veces hasta discriminatoria. Los adultos mayores asumen que la atención medica NO ES UN DERECHO y al contrario se entiende como un favor o una dadiva.

Algunas políticas gubernamentales actuales también están orientadas a mejorar la atención al adulto mayor y a fortalecer este derecho, lo que probablemente en el

futuro significará un cambio en el comportamiento de la PAM, quienes verán a su atención médica como un derecho que es.

4.1.2.8 Percepción de los estudiantes acerca de la realización de la historia clínica geriátrica

GRÁFICO 21: Puntuación antes/después del enunciado #8 de la escala UCLA



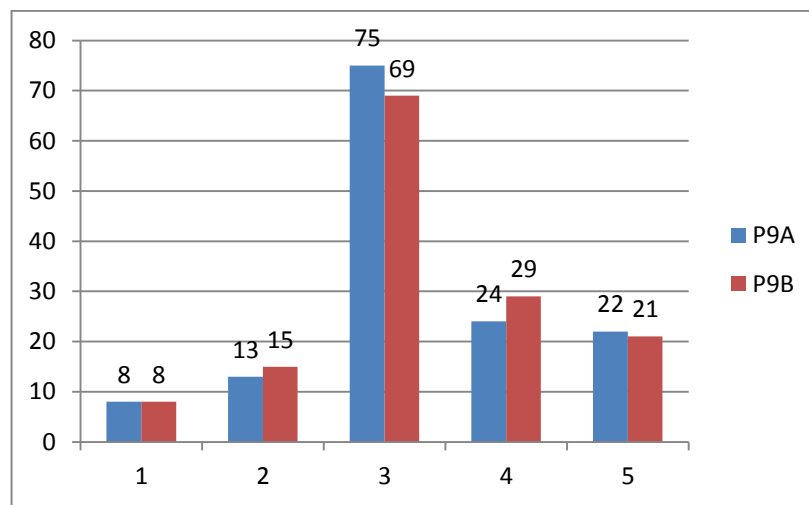
Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

La encuesta muestra que para la mayoría de estudiantes realizar historias clínicas para adultos mayores no les es diferente a realizar historias clínicas para cualquier otro grupo etáreo, sin embargo se evidencia que después de la intervención una mayor cantidad de estudiantes piensa que realizar una historia clínica a un adulto mayor, NO es un calvario.

Este resultado puede deberse a que durante el módulo de envejecimiento, los estudiantes son capacitados en el llenado de una historia clínica geriátrica, y comprenden que esta, ejecutada correctamente, tiene la misma complejidad que la historia clínica de un adulto, y por lo tanto, no es un calvario realizarla.

4.1.2.9 Atención y simpatía por parte de los estudiantes hacia los pacientes adultos mayores o hacia los pacientes más jóvenes

GRÁFICO 22: Puntuación antes/después del enunciado #9 de la escala UCLA



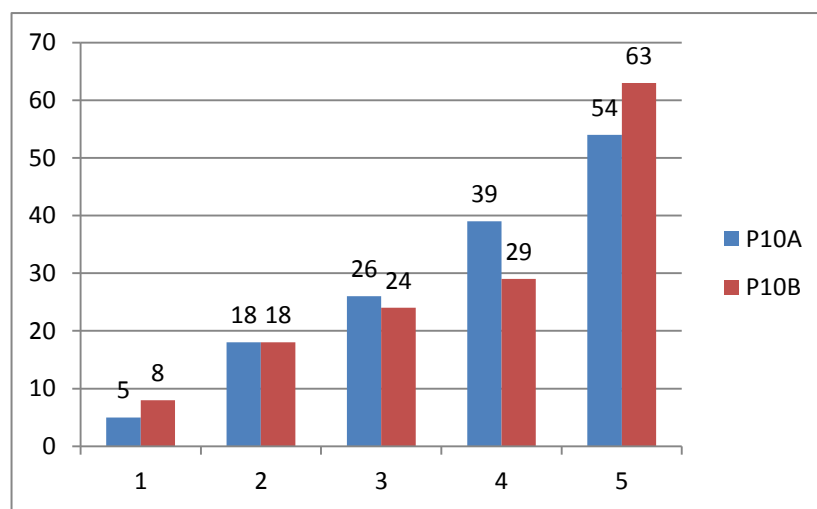
Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

Gran parte de los estudiantes responde “neutral” en este enunciado, tanto antes como después de la intervención, el resto de puntajes se mantienen bajos y no muestran diferencia al recibir el módulo de envejecimiento. Nuevamente, este resultado puede deberse a que los alumnos encuestados no habían recibido anteriormente educación sobre envejecimiento; y al recibirla, esta fue solo teórica,

sin tener contacto directo con adultos mayores, lo que hubiera aumentado la simpatía hacia ellos.

4.1.2.10 Contribución de los adultos mayores a la sociedad

GRÁFICO 23: Puntuación antes/después del enunciado #10 de la escala UCLA

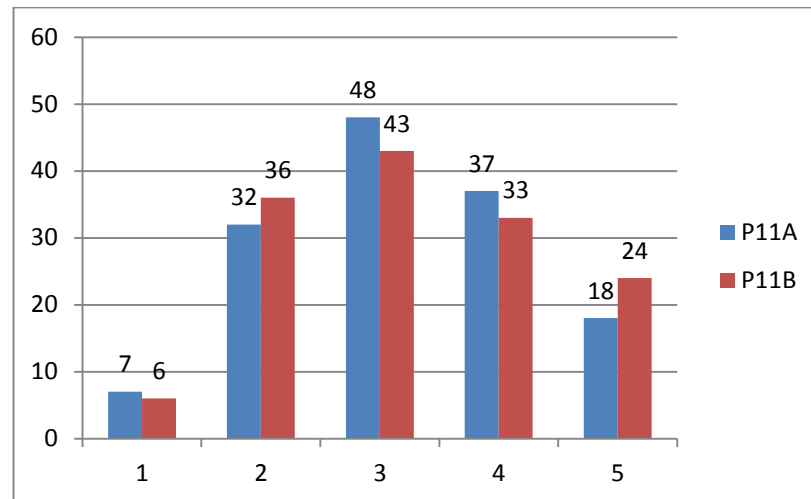


Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

El gráfico muestra que la mayor parte de los estudiantes piensan que los adultos mayores SI contribuyen a la sociedad, y este pensamiento aumenta después de la intervención. Como se mencionó anteriormente, el 42.2% de la PAM está económicamente activa, y ellos contribuyen a la sociedad tanto en trabajos remunerados como no remunerados.

4.1.2.11 Esperanza que conlleva el tratamiento de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas

GRÁFICO 24: Puntuación antes/después del enunciado #11 de la escala UCLA



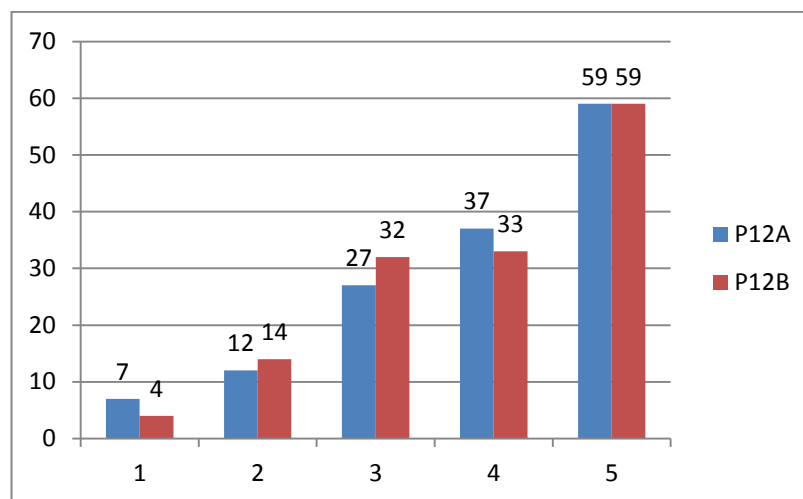
Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

Gran parte de los estudiantes respondió “neutral”, “algo de acuerdo”, o “algo en desacuerdo”, sin haber clara diferencia antes y después de la intervención.

Si el tratamiento de las enfermedades crónicas de los adultos mayores se cumple estrictamente, se cuenta con apoyo social y familiar, y se tiene un estilo de vida saludable, con envejecimiento activo; conlleva las mismas esperanzas que el tratamiento de enfermedades crónicas de los adultos

4.1.2.12 Aporte justo de los adultos mayores hacia el pago de su atención médica

GRÁFICO 25: Puntuación antes/después del enunciado #12 de la escala UCLA



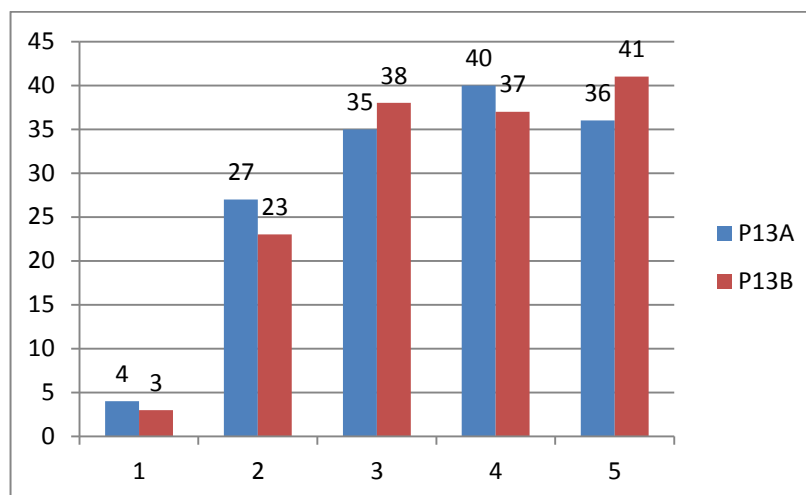
Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

La encuesta muestra que la mayoría de estudiantes piensa que el aporte al pago de la atención médica por parte de la PAM SI es justo, no se evidencia una gran diferencia en la percepción de los estudiantes antes y después de la intervención.

Si bien la Ley del Anciano dice que los adultos mayores obtendrán el 50% de descuento en el pago de su atención médica; y en el artículo 37 de la Constitución se manifiesta que: el estado garantizará a las personas mayores la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas; pues estas leyes no son cumplidas en nuestro país. Es indispensable por parte de nuestros gobernantes lograr que se cumplan estas leyes, para que toda la población en este grupo de edad pueda recibir atención médica y servicios de salud de calidad y acorde a sus necesidades.

4.1.2.13 Actuación y desempeño de los adultos mayores en la sociedad moderna

GRÁFICO 26: Puntuación antes/después del enunciado #13 de la escala UCLA



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

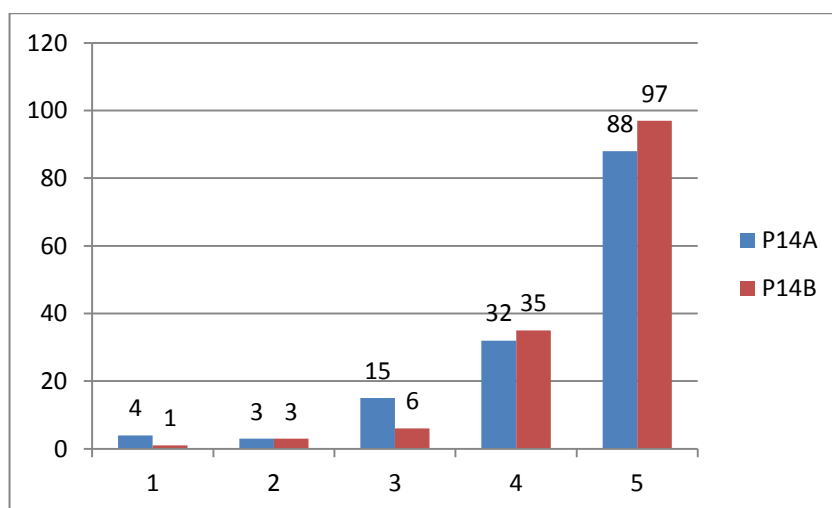
En este gráfico, es notable que muy pocos estudiantes están de acuerdo con este enunciado; la mayoría de estudiantes mantiene una actitud positiva antes y después de la intervención, ya que los adultos mayores son parte importante y cumplen roles fundamentales en la sociedad actual.

La sociedad moderna no deja a un lado a la PAM, al contrario, cada vez se crean más programas para ellos, leyes en su defensa, centros de acoyo y apoyo a los adultos mayores, entre otras cosas, que muestran claramente que este grupo de edad está cada vez más inmerso en la sociedad actual.

Muchos adultos mayores sirven como voluntarios, marcan nuevos records atléticos, se convierten en mentores y modelos a seguir para adultos jóvenes y niños y enfrentan con tranquilidad los temores que acompañan el envejecer.

4.1.2.14 Interés de los estudiantes al escuchar los relatos de las experiencias pasadas de los adultos mayores

GRÁFICO 27: Puntuación antes/después del enunciado #14 de la escala UCLA



Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

En este gráfico podemos ver con marcada diferencia, que a la mayoría de estudiantes les agrada escuchar las experiencias de los adultos mayores.

Los relatos de los adultos mayores nos sirven a los jóvenes como experiencias y lecciones de vida, y nos ayudan para poder enfrentarla de una mejor manera.

4.1.3 Análisis por preguntas

TABLA 4: PUNTUACIÓN DE LA ESCALA UCLA PARA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Enunciado	Media antes	Media después	P < 0.05
1 Agradable estar con AM	3.69	3.95	0.006
2 Reasignar dinero	3.34	3.07	0.060
3 Atender AM	2.74	2.65	0.455
4 Sociedad cuidar AM	4.44	4.70	0.006
5 AM demasiados recursos	3.79	3.98	0.057
6 AM menos organizados y más confusos	2.56	2.70	0.245
7 AM agradecen atención médica	4.13	4.20	0.537
8 Hacer Hcl es calvario	2.94	3.18	0.031
9 Simpatía hacia AM	3.27	3.28	0.942
10 AM no contribuyen	3.84	3.85	0.917
11 Tratamiento sin esperanzas	3.19	3.23	0.717
12 Pago por atención médica	3.91	3.91	1.000
13 AM lentos	3.54	3.63	0.453
14 Escuchar relatos de AM	4.39	4.58	0.011

Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

4.1.4 Análisis por universidades

TABLA 5: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, POR CADA UNIVERSIDAD

Variable	Puntuación Antes	Puntuación Después	95% intervalo de confianza		T	p<0.05
			Inferior	Superior		
Puntaje total	49.76	50.85	-2.492	0.309	-1.541	0.126
USFQ	45.19	50.57	-8.530	-2.232	-3.565	0.002
UDLA	49.82	49.82	-3.426	3.426	0.000	1
PUCE	53.64	52.36	-1.815	4.360	0.857	0.401
UIDE	48.56	51.84	-6.258	-0.302	-2.273	0.032
UTE	50.52	50.29	-2.476	2.937	0.171	0.856

Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

Como se demuestra en la tabla anterior, hubo una leve mejoría de actitud en la puntuación total por parte de los estudiantes después de recibir el módulo de envejecimiento, sin embargo, esta mejoría no es estadísticamente significativa.

Las universidades USFQ y UIDE, las cuales recibieron clases prácticas e interactuaron con adultos mayores durante el módulo, presentan una mejoría en su actitud luego de la intervención, que sí es estadísticamente significativa.

Las universidades UDLA, PUCE, y UTE, las mismas que recibieron clases netamente teóricas dentro de sus propias aulas, no mejoraron la puntuación antes/después luego de recibir las clases de envejecimiento.

4.1.5 Análisis por el tiempo de clases recibido

TABLA 6: RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE SEMANAS DE CLASES RECIBIDAS Y LA PUNTUACIÓN EN LA ESCALA UCLA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Variable	Más de 2 semanas	Hasta 2 semanas	95% intervalo de confianza		T	p<0.05
			Inferior	Superior		
Puntaje después	50.79	50.91	-2.413	2.190	-0.096	0.924

Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

4.2 ANÁLISIS BIVARIADO

Debido a que el menor número de semanas de clases recibido fue 1 y el mayor número de semanas fue de 14, y por lo tanto existe un amplio rango, se realiza correlación entre el número de semanas de clases recibido con la actitud positiva o negativa de los estudiantes hacia los adultos mayores.

4.2.1 Asociaciones entre el tiempo de clases recibido y la actitud de los estudiantes hacia los adultos mayores

TABLA 7: RESUMEN DE LAS CORRELACIONES ENTRE EL TIEMPO DE CLASES RECIBIDO Y LA ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES ANTES DE LA INTERVENCIÓN

	OR	Intervalos de confianza		p<0.05
		Inferior	Superior	
1 Agradable estar con AM	0.402	0.203	0.795	0.008
2 Reasignar dinero	1.875	0.962	3.653	0.064
3 Atender AM	0.269	0.132	0.550	0.000
4 Sociedad cuidar AM	0.349	0.168	0.726	0.004
5 AM demasiados recursos	0.507	0.256	1.006	0.051
6 AM menos organizados y más confusos	0.775	0.398	1.510	0.453
7 AM agradecen atención médica	0.638	0.329	1.238	0.183
8 Hacer Hcl es calvario	0.420	0.210	0.841	0.013
9 Simpatía hacia AM	1.289	0.638	2.607	0.479
10 AM no contribuyen	0.438	0.216	0.888	0.021
11 Tratamiento sin esperanzas	0.316	0.155	0.645	0.001
12 Pago por atención médica	0.776	0.384	1.568	0.479
13 AM lentos	0.427	0.218	0.839	0.013
14 Escuchar relatos de AM	0.774	0.392	1.526	0.459

Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

TABLA 8: RESUMEN DE LAS CORRELACIONES ENTRE EL TIEMPO DE CLASES RECIBIDO Y LA ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

	OR	Intervalos de confianza		p<0.05
		Inferior	Superior	
1 Agradable estar con AM	0.525	0.257	1.070	0.074
2 Reasignar dinero	1.848	0.939	3.637	0.074
<u>3 Atender AM</u>	0.310	0.154	0.625	0.001
4 Sociedad cuidar AM	1.089	0.464	2.555	0.845
5 AM demasiados recursos	1.133	0.564	2.274	0.726
6 AM menos organizados y más confusos	1.69	0.869	3.295	0.125
7 AM agradecen atención médica	0.682	0.351	1.325	0.258
<u>8 Hacer Hcl es calvario</u>	0.388	0.193	0.780	0.007
9 Simpatía hacia AM	0.611	0.304	1.228	0.165
<u>10 AM no contribuyen</u>	2.763	1.340	5.693	0.005
11 Tratamiento sin esperanzas	1.086	0.555	2.126	0.809
12 Pago por atención médica	1.859	0.921	3.754	0.082
13 AM lentos	1.353	0.697	2.629	0.371
14 Escuchar relatos de AM	0.726	0.357	1.476	0.376

Fuente: Encuesta de actitud hacia los adultos mayores UCLA
Elaboración: Fernanda Novoa

En la tabla 8 se observa que tan sólo 3 de los 14 enunciados mostraron asociaciones al correlacionar el tiempo recibido de clases con la actitud positiva o negativa de los estudiantes después de la intervención: Estos enunciados son:

- Los alumnos que recibieron 2 semanas o menos de clases de envejecimiento tienen 3.2 veces más probabilidad de querer atender adultos mayores que los estudiantes que recibieron más de 2 semanas.

- Los alumnos que recibieron 2 semanas o menos de clases de envejecimiento tienen 2.5 veces más probabilidad de pensar que realizar la historia clínica a un adulto mayor NO es un calvario, que los estudiantes que recibieron más de 2 semanas
- Los alumnos que recibieron más de 2 semanas de clases de envejecimiento tienen 2.7 más probabilidad de pensar que los adultos mayores SI contribuyen a la sociedad que los alumnos que recibieron 2 o menos semanas de clases.

Sin embargo, como se observa en la tabla 6, al correlacionar la media después de la intervención con el tiempo recibido de clases, no se obtienen resultados estadísticamente significativos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La población en general desarrolla una serie de actitudes sociales hacia determinado grupo de personas o hacia determinado sector de la población; estas actitudes, sean positivas o negativas, influyen de manera especial en las personas, siendo las actitudes negativas las que más consecuencias traen a los adultos mayores, por ejemplo.

Las actitudes de las personas juegan un papel importante en su vida, pero este papel es aún más importante cuando hablamos de futuros médicos. El personal médico tiene un papel fundamental en la prestación de cuidados a personas mayores y están en una posición importante para influir en la calidad de su atención. (35)

El haber evaluado a 142 estudiantes de 5to semestre y mayores, permite asumir que, a corto plazo, la mayoría de ellos estarán insertos en la comunidad, ejerciendo su profesión.

En 1982, la Organización de las Naciones Unidas en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, incluyó en sus recomendaciones que se deberá estimular la capacitación en todos los aspectos de la Geriatría y Gerontología y darles la debida importancia en los planes de estudio a todos los niveles. Pues es así que, de las 6 universidades de Quito que cuentan con la carrera de Medicina, 5 de ellas se preocupan por la formación de sus estudiantes en el cuidado y la atención de las

personas mayores desde distintos ámbitos especializados. En este estudio, nos interesó medir el impacto que supone la enseñanza de un módulo de envejecimiento en las actitudes de los estudiantes hacia la población adulta mayor.

Los resultados generales de las actitudes tras la intervención que supone el módulo de envejecimiento, han sido buenos, con mejoras en 11 de las 14 variables evaluadas, con diferencias significativas en la mitad de ellas (5 variables), lo que refleja un cambio de actitud positivo “leve”, y sugiere que la exposición a conocimientos y prácticas basadas en la atención y cuidado de las personas mayores podría modificar positivamente las actitudes de los estudiantes.

En la escala UCLA se considera actitud neutral al puntaje 3, los puntajes 4 y 5 reflejan actitudes positivas. Como se puede ver en los resultados por cada pregunta, los estudiantes demuestran en general actitudes positivas (puntuación > 3) antes de la intervención (excepto los enunciados 3, 6 y 8), e igualmente actitudes positivas después de la misma (excepto enunciados 3 y 6 en los que se demuestran actitudes negativas), sin embargo, sí existe una mejoría en las medias de estos enunciados después de la intervención, aunque no es estadísticamente significativa.

Las actitudes positivas mostradas por los estudiantes de este estudio tanto antes como después de la intervención comparadas con las actitudes de jóvenes en estudios de otros países, demuestran que las imágenes sobre la vejez no presentan un carácter universal, los estudios coinciden en señalar que éstas contienen estereotipos con fuertes cargas negativas, alejándose así de lo que los adultos mayores pudieran

efectivamente esperar ante los avances de la modernidad que han dado lugar a sus actuales expectativas de vida. Una investigación realizada en España entre los años 2002 y 2003 por Adelantado et al., mostró cómo las imágenes generalizadas en torno a la vejez están lejos de representar lo que los mismos adultos mayores piensan y sienten respecto de ésta y de la forma en como ellos mismos se representan el transitar por dicha etapa. Otros ejemplos, como el señalado por Tan et al en el año 2004, muestran cómo en Estados Unidos, en el Sudeste de Asia y en el Caribe la vejez es asociada con rasgos negativos, tales como «triste», «inflexible», «no atractiva», por mencionar algunos; también, una investigación realizada en Nigeria (Okoye,2004) orientada a indagar el conocimiento que los jóvenes nigerianos tienen sobre la vejez en un país donde la expectativa de vida alcanzará los 64 años en el año 2025, mostró que, pese a que los jóvenes nigerianos tienen poca experiencia de convivencia con personas mayores, han desarrollado fuertes estereotipos negativos hacia éstas. La literatura especializada consigna pocas excepciones a estas atribuciones, entre las cuales se destaca un estudio sobre la percepción que los estudiantes universitarios chinos tenían de los adultos mayores (Tan et al., 2004), el cual observó que los estudiantes tenían actitudes positivas o neutrales hacia los adultos mayores. En Chile, el Comité Nacional para el Adulto Mayor realizó durante el año 2002 un estudio sobre la imagen de la vejez en los estudiantes de educación secundaria; si bien se observaron algunas tendencias positivas a la hora de evaluar a los adultos mayores, la presencia de estereotipos negativos fue evidente. (36)

Estas diferencias de actitudes hacia los adultos mayores, podría ser atribuido a las diferentes culturas locales y al valor tradicional que se le dé a este grupo de edad. En

países subdesarrollados, en una familia clásica, los adultos mayores usualmente permanecen con las familias, hasta la muerte, y sus cuidados generalmente son brindados por las propias familias, sin importar el grado de inhabilidad o discapacidad que posean. Debido a esta estructura social comparada con otros países, nuestros niños y jóvenes permanecen más tiempo con sus familiares adultos mayores, lo que pudiera influir en la forma de percibir el envejecimiento.

Existen múltiples líneas de investigación en cuanto a la influencia de educación geriátrica y actitud en estudiantes de Medicina. Bernardini y Moraru ponen en evidencia el cambio de actitud favorable en estudiantes de Medicina tras recibir un módulo de envejecimiento (23), de la misma manera lo hacen Baum y Karl, quienes resaltan la utilización de técnicas como la interacción del estudiante con el paciente adulto mayor, con las familias, y el apoyo de personal interdisciplinario durante la duración del módulo. (27). Sin embargo, el estudio llevado a cabo por Diachun et al muestra resultados opuestos; aquí, el grupo de estudiantes que recibió 2 semanas de educación en envejecimiento mostró actitudes más negativas luego de la intervención. (24)

En la presente investigación se encontró que las universidades que además de clases teóricas también recibieron prácticas, realizaron historias clínicas, e interactuaron con los pacientes adultos mayores, presentaron mejoría de su actitud estadísticamente significativa luego de la intervención, a diferencia de las universidades que recibieron clases puramente teóricas. Este hallazgo es congruente con los resultados de Rajvinder y Amanda, donde se pone en evidencia que el cambio de actitud

positivo no se relaciona con el tipo de intervención utilizada, la duración del módulo, el usar o no un cuestionario validado, ni la calidad metodológica utilizada en el estudio. Este metaanálisis demuestra que el cambio de actitud positivo estuvo únicamente relacionado con la interacción de los estudiantes “face to face” con los adultos mayores y con medidas empleadas para mejorar la empatía hacia este grupo de edad. (22) Los estudios que consistieron solo en intervenciones orientadas a fomentar los conocimientos académicos no fueron tan eficaces en el cambio de actitud como los estudios con técnicas orientadas a fomentar las relaciones estudiantes- adultos mayores.

De manera similar, Koh et al, ensayaron como un módulo de envejecimiento con una duración de 2 semanas guarda correlación con la mejoría de actitudes de los estudiantes hacia los adultos mayores. Dentro de su estudio, destacan la importante necesidad de incluir el uso de “age simulation” para mejorar el aprendizaje; por ejemplo, los estudiantes recibieron clases didácticas, interactivas, compartieron experiencias entre sus grupos, se les asignó pacientes adultos mayores a cada uno, y simularon ellos mismos las patologías más comunes en la PAM; para que los estudiantes puedan experimentar los desafíos comunes que enfrentan las personas mayores, y por lo tanto, mejorar su actitud.

Nochajski con su estudio: “Actitudes de los estudiantes de Odontología hacia los Adultos Mayores: El tipo y cantidad de contacto hace la diferencia”, reafirma los hallazgos de nuestro estudio, al demostrar que es la exposición a adultos mayores y

la interacción en un entorno clínico el factor más crítico en la formación de las actitudes positivas. (37)

Según Fazio, tenemos actitudes más fuertes y menos fuertes dependiendo de la experiencia con el objeto de actitud (nuestra actitud será más fuerte cuanto más experiencia tengamos con el objeto). La intensidad o la fuerza de esa asociación dependerá de cómo se ha aprendido la actitud (directa o no) y del número de repeticiones de esta. (38) Según algunas investigaciones, las características del contacto que disminuyen las actitudes negativas incluyen la espontaneidad de las interacciones, la cooperación, la posibilidad de establecer relaciones médico-paciente, ya que a más contacto mejor actitud hacia la persona adulta mayor (39) . Estos conceptos justifican el hallazgo de nuestro estudio, donde las universidades que recibieron además clases prácticas, si mejoraron significativamente su actitud.

El nivel de estudio de la población encuestada varía desde 5to a 10mo semestre, estando el mayor porcentaje (37%) en 5to semestre (el nivel más bajo de estudio de la muestra). No se consideró pertinente realizar un análisis comparativo de las actitudes de los estudiantes de acuerdo al semestre de estudio, ya que la muestra fue homogénea en relación a la edad, y todos los estudiantes, independientemente del nivel de estudio en curso, se encontraban recibiendo educación geriátrica por primera vez. Además, toda la muestra ya había recibido asignaturas de ciencias básicas (las mismas que se reciben hasta 4to semestre), y ningún grupo había comenzado el internado; por lo tanto, pueden considerarse que todos poseían el mismo nivel de conocimientos médicos.

En el estudio realizado por Kishimoto et al, se demuestra que los estudiantes de 1er año de Medicina muestran actitudes mucho más positivas hacia los adultos mayores que los estudiantes de años más avanzados, e inclusive mejores actitudes que los médicos residentes. Este hallazgo, según Kishimoto, puede ser debido a un mayor entusiasmo de los estudiantes al comenzar su carrera de Medicina. Así mismo, en otro estudio donde se compararon actitudes de estudiantes de primero, cuarto y sexto año de Medicina, se evidenció que los alumnos de 1er año tuvieron mejores puntajes. Según el autor, este resultado refleja la actitud en general de la población joven hacia los adultos mayores, y manifiesta que a mayor nivel de estudio, las respuestas son más realísticas. Año tras año, tal vez al tener que enfrentarse con enfermedades crónicas de los adultos mayores, y darse cuenta de las dificultades de la medicina geriátrica, los estudiantes tienden a simpatizar más con los pacientes jóvenes en vez de adultos mayores. (40)

Otro de los aspectos clave para el análisis de este tema es la influencia de si el educador posee o no especialidad en Geriátrica, y de cómo ésta influye en la motivación y actitud de los estudiantes de Medicina. Como se mencionó en el marco teórico, los adultos mayores comienzan a predominar ente los pacientes a quienes actualmente atienden los médicos latinoamericanos y constituirán la inmensa mayoría de los que habrá que atender en un futuro que ya se aproxima. Para responder a esta situación se debe mejorar la formación del personal encargado de atender a los adultos mayores y evaluar cualitativa y cuantitativamente la dotación de docentes especialistas en Medicina Geriátrica que formarán estos futuros profesionales. Actualmente existe una escasez de profesores especialistas en

Geriatría en la mayoría de las universidades del mundo. Esto afecta la calidad y contenidos de los cursos universitarios, manteniéndose enfoques paternalistas y senilistas para la atención de los adultos mayores (19). Se necesita de profesores que proporcionen a los alumnos un contacto y experiencia enriquecedora al recibir educación directa de quienes están ejerciendo la medicina que enseñan, y que abarquen temas que solo los expertos en Medicina Geriátrica (los especialistas en Geriatría o, de manera excepcional, los que sin ser especialistas tienen una formación acreditada en ese campo) puedan abordar con garantías de lograr una elevada calidad docente. (20)

Con el fin de que los docentes se conviertan en “modelos” de los alumnos, estos deben: haber recibido preparación formal en Geriatría, ser capaz de sintetizar y transmitir los conocimientos, saber trabajar como parte de un equipo interdisciplinario, y saber hacer investigaciones y evaluarlas. Lo expuesto anteriormente sin duda influyó en los resultados del estudio, ya que la metodología utilizada por cada docente es diferente, y además no todos los docentes que impartieron el módulo de envejecimiento contaban con una especialidad en Geriatría.

En cuanto a la relación del tiempo de duración del módulo de envejecimiento y el cambio de actitud después de la intervención, no se demostró una relación significativa (>2 semanas 50.79, ≤ 2 semanas 50.91; p 0.924). Este hallazgo concuerda con varios estudios en donde se demuestra que tanto la intervención con duración de 1 semana como la intervención con duración de 1 año pueden lograr cambios de actitud positivos en los alumnos. Pues es así que Atkinson et al

demuestran como un módulo de envejecimiento impartido durante 1 semana a alumnos del 3er año de la carrera de Medicina mejoró significativamente conocimiento y actitudes de los estudiantes. Así mismo, otros 2 estudios, el uno realizado por Wilson y Hafferty, y otro por Baum y Nelson, demuestran el efecto positivo sobre las actitudes de los estudiantes de una rotación de Geriátrica con una duración de 12 meses. Pues como se mencionó anteriormente, se ha demostrado que la efectividad del módulo no depende del tiempo de clases recibido, si no de las técnicas empleadas para mejorar la simpatía hacia los adultos mayores.

Cabe recalcar que conocemos el número de semanas de clases que recibió cada universidad, pero sin embargo no se conoce cuantas horas a la semana recibió cada grupo. Por tanto, puede ser que un grupo que tuvo más semanas de enseñanza geriátrica haya tenido menos número de horas que el grupo que recibió menos número de semanas de clases, lo que podría dificultar en cierta parte el análisis respecto a la relación del tiempo de duración del módulo con el cambio de actitud de los alumnos.

La comparación de medias de las diferentes universidades después de la intervención demuestra que la Pontificia Universidad Católica del Ecuador obtuvo la media más alta (52.39), aunque esta diferencia de medias no es estadísticamente significativa ($p = 0.661$). La PUCE, utiliza como método de enseñanza el Aprendizaje Basado en Problemas, que es una metodología docente basada en el estudiante como protagonista de su propio aprendizaje. El ABP enseña al estudiante los contenidos de la asignatura basándose en casos, similares a los que el estudiante vive en sus

prácticas clínicas y en su futura realidad laboral. Ese “realismo” le ayuda a elaborar la información, alejándole del aprendizaje teórico, sin referencia a la realidad. Con este aprendizaje los estudiantes comparten la posibilidad de practicar y desarrollar habilidades (41). Esto podría justificar la obtención del puntaje más alto, ya que los estudiantes encuestados se encontraban cursando el 9no semestre, es decir, ya habían recibido la metodología del ABP durante 4 semestres atrás, pues este método permite al estudiante la observación y análisis de actitudes y valores que durante el método tradicional docente no pueden llevarse a cabo.

Sin embargo, comparando las medias antes y después de la intervención, la PUCE no mejoró su puntaje. Una de las posibles causas que podrían justificar este hecho es el momento de la toma de la segunda encuesta, pues esta se realizó minutos antes de que los estudiantes rindan su examen de final de semestre, lo que pudo haber modificado negativamente sus respuestas. Esta hipótesis es apoyada por Cankurtaran et al, quien obtuvo actitudes negativas en los estudiantes de 4to año, y aduce ese resultado al hecho de que al momento de la encuesta, los estudiantes se encontraban cursando el período más ocupado y difícil de su año (40). De igual manera, Lee et al afirma haber obtenido respuestas en blanco por parte de los encuestados, y atribuye esto a la presión de tiempo creada en los estudiantes al tener que llenar una encuesta de 23 ítems justo antes de empezar la siguiente clase; Lee asegura que la presión de tiempo afecta el rendimiento de los estudiantes al momento de llenar la encuesta.

En el año 2013, Ecuador contaba solamente con 48 médicos especializados en Geriátrica, que deberían brindar atención médica a 940.905. La formación de recursos

humanos especializados en la atención de los adultos mayores se encuentra por debajo de los requeridos para asegurar una cobertura adecuada, cuando idealmente según la American Geriatrics Society, se requiere de un geriatra por cada 10 mil habitantes de 75 años o más. De acuerdo con estos datos, es obvio que de ninguna manera podemos afirmar que nuestros adultos mayores estén recibiendo una atención digna, completa, y multidisciplinaria. No se debe dejar pasar el tiempo y esperar a que la fracción de la población constituida por personas adultas mayores se acerque al 15%. Ahora es el momento de introducir los cambios y de emprender la formación de la fuerza sanitaria que habrá de procurarles la salud, el bienestar, y una mejor calidad de vida a los adultos mayores de la próxima década (20). Ecuador necesita más especialistas en Geriátría; es ahora cuando debemos preparar a los futuros médicos con conocimientos y buenas actitudes, ya que esto se verá reflejado en el trato a los pacientes adultos mayores y en su decisión de querer escoger la Geriátría como especialidad, pues Chua et al en su estudio afirman que la buena o mala actitud de los alumnos es un predictor para escoger o no Geriátría como especialidad. (42)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La enseñanza de un módulo de Envejecimiento en las facultades de Medicina de las universidades de Quito sí aumentó la puntuación obtenida en la escala UCLA, mejorando levemente las actitudes de los estudiantes de Medicina hacia los adultos mayores.
- El presente estudio es el primero en evaluar la relación entre la metodología de enseñanza, la duración de un módulo de Envejecimiento y los cambios de actitudes de los estudiantes de Medicina hacia los adultos mayores, en las universidades de Quito. Los datos obtenidos se correlacionaron con los resultados de otras investigaciones a nivel mundial que proponen la enseñanza de Geriatría en el pregrado de Medicina como un método eficiente para mejorar la actitud de los alumnos hacia los adultos mayores.
- De 142 estudiantes, el 58% fueron mujeres y el 42% fueron hombres. El rango de edad estuvo entre 19 y 26 años, con una media de 22.12 años.
- Las universidades USFQ y UIDE que recibieron clases de Envejecimiento teóricas y además rotaciones clínicas mejoraron significativamente la puntuación en la escala UCLA antes y después de la intervención, lo que demuestra mejoría de sus actitudes hacia los adultos mayores.

- Las universidades que recibieron clases teóricas de aula (UTE y PUCE) obtuvieron puntajes más bajos después de la intervención, aunque esta diferencia de medias no fue estadísticamente significativa.
- La UDLA obtuvo el mismo puntaje antes y después de la intervención, este resultado tampoco fue estadísticamente significativo.
- Aunque no hubo mejoría del puntaje antes y después de la intervención talvés debido al momento de la toma de la segunda encuesta, la PUCE obtuvo el mayor puntaje en las dos encuestas, lo que podría justificarse por el método de enseñanza (ABP) en los semestres anteriores, el mismo que ayuda a los estudiantes a observar y analizar actitudes y valores que durante el método tradicional docente no pueden llevarse a cabo.
- De acuerdo a análisis por preguntas, los puntajes antes- después de la intervención mejoraron en 11 de las 14 preguntas, en 5 de ellas la mejoría fue estadísticamente significativa. Mientras que el puntaje empeoró en 2 preguntas, sin tener significancia estadística.
- No se encontró relación entre la duración del módulo de envejecimiento y la actitud de los estudiantes después de la intervención. Cabe recalcar que las universidades que obtuvieron los puntajes más bajos, también son las que reciben el menor número de semanas, y que una de ellas (UTE) tiene el mayor porcentaje de estudiantes (37% del total), lo que pudo influir en este resultado.

Limitaciones

- Una de las limitaciones del presente estudio es que varias encuestas fueron tomadas bajo presión de tiempo, debiendo los estudiantes responder los enunciados durante los cambios de hora, o minutos antes de empezar la siguiente clase, lo que pudo haber modificado los resultados.
- La segunda encuesta fue tomada justo después de culminar los módulos de envejecimiento, lo que no permitió hacer un seguimiento a largo plazo en cuanto a las actitudes de los estudiantes.
- Cada universidad recibió clases con un profesor distinto, con metodologías de enseñanza y tiempos de duración de los módulos diferentes, lo que dificulta el análisis general y la comparación entre universidades.

RECOMENDACIONES

Al tener claro que las actitudes por parte de los estudiantes hacia los adultos mayores influyen directamente en el trato y atención hacia ellos; y que la sociedad actualmente presenta un serie de estereotipos negativos hacia la vejez, se recomienda:

Para la educación

- El sistema educativo debe proporcionar contenidos y mecanismos que faciliten un cambio de actitudes, con diseños que incidan concretamente en la difusión de conocimientos sobre la población mayor. Debe contemplarse, dicho grupo de población, desde todas las perspectivas: educativa, médica, medios de comunicación, etc. Además, dicho esfuerzo debe ser recompensado y mantenido en el tiempo. Solo desde esta estrategia, se pueden garantizar modificaciones en las actitudes y los comportamientos hacia los adultos mayores y derribar falsos mitos.
- Es importante que antes de empezar la asignatura, los profesores de Geriátrica dediquen cierto tiempo a trabajar con los estudiantes y transmitirles valores positivos con respecto al paciente adulto mayor.
- Para ayudar a transmitir una imagen positiva del envejecimiento y de la medicina geriátrica, es conveniente que los alumnos tengan la oportunidad de observar y discutir aspectos de la atención del adulto mayor, tanto en la consulta externa y los hospitales como en su domicilio y en la comunidad. Este aprendizaje se puede llevar a cabo durante cualquiera de los cursos clínicos y no solo durante el de Medicina Geriátrica.

Para los estudiantes de Medicina

- Es muy importante que los futuros médicos asuman una actitud positiva hacia los adultos mayores en general y hacia los enfermos y personas

frágiles en particular. El médico debe caracterizarse por sus sentimientos de solidaridad y por mantener una actitud de servicio, respeto, y empatía hacia los adultos mayores.

Para la sociedad

- Potenciar el retorno al respeto, la consideración y la autoridad de las personas mayores, eliminando los estereotipos sociales que atacan a su dignidad.
- El maltrato, negligencia o trato inadecuado, es un problema invisible para la sociedad. Debemos impedir el aislamiento, el desamparo, la falta de respeto o la violación de los derechos de los adultos mayores.

Para los adultos mayores

- Que las Personas Mayores salgan de sus círculos generacionales, permitiendo el enriquecimiento mutuo y de la sociedad entera, que luchen por defender sus derechos. Deben ser participativos como ciudadanos y ciudadanas. La vida nos enseña que las personas asumimos con más ganas y entusiasmo aquello que descubrimos nosotros mismos. ¿Qué les preocupa a los adultos mayores? ¿Qué sienten? ¿Qué problemas tienen? ¿Qué soluciones quieren?

Para los gobiernos

- Promover el desarrollo de una legislación y establecimiento de leyes que aseguren mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, y además, vigilar el cumplimiento de dichas leyes.
- Crear programas, actividades para los adultos mayores, y políticas para un envejecimiento ACTIVO. Mejorar los espacios físicos de las ciudades para que puedan transitar libremente y ser partícipes en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador. Quito, Ecuador: CEPAL - CELADE; 2007.
2. Sampén Celis D, Varela Pinedo L, Díaz Véle C, Tello Rodríguez T, Ortiz Saavedra P. 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. S CIELO. 2012 Julio - Septiembre; 29(3).
3. Doherty M, Mitchell E, O'Neill S. Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using the Kogan Scale. Nursing Research and Practice. 2011 Febrero; 25(7).
4. Llera FG. Manual de Geriatria. Tercera edición ed. Barcelona, España: Editorial Masson ; 2003.
5. Velásquez Uribe. El envejecimiento de la población. CIENCIAS. 2004 Septiembre; 75.
6. HelpAge International. Índice Global del Envejecimiento. Resumen. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA); Octubre 2013.
7. Blanchard D. Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); 2002.
8. Ministerio de Inclusión Económica y Social. [Online].; 2012 [cited 2014 Junio. Available from: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>.
9. Padilla D. El adulto mayor y la jefatura del hogar. Ecuador: Revista E - análisis, INEC ; 2012 Octubre.
10. Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento. ; 2001.
11. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(S2).
12. Arechabala C. Promoción en salud y envejecimiento activo. Med - wave. 2007 Mayo; 7 (4).

13. D- Medicina. [Online].; 2002 [cited 2014 Junio 26. Available from: <http://www.dmedicina.com/vida-sana/dejar-de-fumar/los-ancianos-son-los-mas-afectados-por-el-tabaco>.
14. Freire W. Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento. Presentación de resultados. Ecuador;; 2009 - 2010.
15. Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores. Informe al país. Ecuador: MIES ; 2012.
16. Comisión de legislación y codificación. Codificación de la Ley del Anciano. 2006 Octubre; Registro Oficial 376.
17. nacionales A. Informe para primer debate del ‘‘Proyecto de Ley Reformatoria a la Ley del Anciano’’. Quito - Ecuador., República del Ecuador. Asamblea Nacional; 2012.
18. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Definición y objetivos de la especialidad de Geriátría. Tipología de ancianos y población diana. In Robles MJ, Miralles R, Llorach I, Cervera A. Tratado de Geriátría para residentes. Madrid; 2007. p. 25 - 29.
19. Ávila FMdG, Caro López , Negrete MI, Montaña. La enseñanza de la Geriátría en México. , Instituto de Geriátría.
20. Cano , Gutiérrez L, Marín PP, Morales , Peláez M, Zuñiga. Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5 - 6).
21. P Abizanda Soler LRRPMSJaEMSCLM. Necesidad de la enseñanza de pregrado en geriatría: aportaciones de un nuevo modelo educativo. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2005 Septiembre; 40 (5).
22. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Knight A. Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. American Geriatrics Society. 2013 Julio ; 61 (7).
23. D.A. Bernardini, M. Moraru, J.F. Macías-Núñez. Son modificables las actitudes hacia las personas mayores en estudiantes de medicina? Experiencia en la Universidad de Salamanca. S CIELO. 2009 Junio; 12(2).
24. Diachun L, Van Bussel L, Hansen KT, Charise A, Rieder MJ. "But I see old people everywhere": dispelling the myth that eldercare is learned in nongeriatric

- clerkships. Pubmed. 2010 Julio; 85 (7).
25. Atkinson HH, Lambros A, Davis BR, Lawlor JS, Lovato J, Sink KM. Teaching medical student geriatrics competencies in 1 week: an efficient model to teach and document selected competencies using clinical and community resources. *The American Geriatrics Society*. 2013 Julio; 61 (7).
 26. Wilson JF, Hafferty FW.. Changes in attitudes toward the elderly one year after a seminar on aging and health. *Journal of Medical Education*. 1980 Diciembre; 55(12).
 27. Baum EE, Nelson KM.. The effect of a 12-month longitudinal long-term care rotation on knowledge and attitudes of internal medicine residents about geriatrics. *JAMDA*. 2006 Julio ; 8(2).
 28. Koh GC, Merchant RA, Lim WS, Amin Z. The knowledge-attitude dissociation in geriatric education: can it be overcome? *Ann Acad Med Singapore (ANNALS)*. 2012 Septiembre ; 41(9).
 29. Vizcaíno Gutiérrez M, Parales Quenza C. Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2007; 39(2).
 30. Grupo de investigación edufísica. *Edufísica. Las actitudes*. [Online].; 2009 [cited 2014 Julio 20. Available from: <http://www.edu-fisica.com/>.
 31. Castellano Fuentes CL, De Miguel Negredo A. Evaluación del componente afectivo de las actitudes vejestas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12(1).
 32. Campos Badilla MA, Salgado García E. Percepción sobre la tercera edad en estudiantes de primer nivel de estudiantes de psicología de la ULACITY y su relación con el desarrollo de competencias profesionales para el trabajo con adultos mayores. *Revista Rhombus*. 2013 Enero; 10(1).
 33. Sánchez Palacios C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. Málaga: Universidad de Málaga ; 2004.
 34. T. J. Stewart, E. Roberts, P. Eleazer, R. Boland, D. Wieland. Reliability and validity issues for two common measures of medical students' attitudes toward

- older adults. *Educational Gerontology*. 2006 ; 32.
35. Sampén Celis J, Varela Pinedo L, Díaz Vélez C. Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de la actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *SCielo*. 2012 Junio; 29(3).
 36. Cathalifaud , Thumala D, Urquiza A. La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: un estudio exploratorio. *SCielo*. 2007 Diciembre; 4(27): p. 75- 91.
 37. Thomas H. Nochajski ELDDPW. Dental Sudent´s Attitudes About Older Adults: Do Type and Amount of Contact Make a Difference?. *Journal of Dental Education*. 2011 Octubre; 75(10).
 38. Díaz Ortiz A. Actitudes y conductas en educación. *Revista digital Innovación y Experiencias educativas*. 2010 Diciembre; 6(37).
 39. Kropf NP, Cummings SM, DeWeaver KL. Knowledge of and Attitudes toward Aging among Non-elders: Gender and Race Differences. *Journal of Women & Aging*. 2000 Diciembre; 12(2).
 40. Cankurtaran M, Halil M, Ulger Z, Dagli N. Influence of Medical Education on Students´ Attitudes towards the Elderly. *Journal of the National Medical Association*. 2006 Septiembre; 98(9).
 41. Molina Ortiz , García González A, Pedraz Macos , Antón Nardiz V. Aprendizaje basado en problemas: una alternativa al método tradicional. *Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria*. 2007 Febrero; 3(2).
 42. Chua , Hoon C, Merchant R, Soiza R. Attitudes of first' year Medical Students in Singapore Towards Older People and Willingness to Consider a Career in Geriatric Medicina. *Pubmed*. 2008 Noviembre; 37(11).
 43. M. MJ. Envejecimiento. *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Salud Publica Educ Salud*. 2003 Marzo.
 44. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013.
 45. Segura FJ. Envejecimiento y calidad de vida. Primera edición ed. Costa Rica: Editorial EUNED. Universidad Estatal a distancia ; 2008.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORME DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

¿Que es la escala de actitudes UCLA?

Es una escala de 14 items diseñada para evaluar la actitud de estudiantes de Medicina y Residentes hacia los pacientes adultos mayores. Su validación y confiabilidad ya ha sido validada en estudios anteriores.

Justificación del estudio.

El crecimiento de la población adulta mayor trae nuevos retos a la comunidad, en especial al personal de salud. Esto creará inevitablemente un incremento en la demanda de profesionales capacitados y con experiencia en el cuidado de pacientes geriátricos. Muchos estudiantes creen que, porque ven a los adultos mayores en la mayoría de las rotaciones clínicas, los alumnos adquieren los conocimientos y actitudes necesarias para trabajar con ellos, y por lo tanto, consideran redundante un estudio más profundo.

Objetivo del estudio

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo el medir y analizar las actitudes hacia los Adultos mayores de los estudiantes de Medicina antes y después de realizar la rotación de Geriátría.

Beneficios del estudio

En la mayoría de estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que la actitud hacia los mayores mejora después de una intervención en educación geriátrica. Este estudio permitirá conocer si usted como estudiante de Medicina puede beneficiarse mejorando su actitud hacia los adultos mayores luego de pasar por su rotación de Geriátría.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted.

Yo, he leído y comprendido la información anterior. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma

ANEXO 2: DATOS PERSONALES Y ENCUESTA

Datos personales y encuesta

Nombre:

.....

Edad:

.....

Sexo:

.....

Universidad:

.....

Semestre:

.....

Encuesta #

.....

Utilice la escala para indicar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. No existen respuestas correctas o incorrectas. La mejor respuesta es la que refleja realmente su opinión personal. Los adultos mayores (AM) se refiere a personas mayores a 65 años de edad.

	Totalmente desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutral	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Se siente agradable estar con la mayoría de adultos mayores	1	2	3	4	5
2. El gobierno debería reasignar el dinero de la atención de los AM a la investigación sobre el SIDA o enfermedades pediátricas	1	2	3	4	5
3. Si tuviera que elegir, yo preferiría atender a los pacientes más jóvenes que los de edad avanzada	1	2	3	4	5
4. Es responsabilidad de la sociedad el brindar cuidado a sus AM	1	2	3	4	5
5. La atención médica a los AM consume los recursos humanos y materiales en exceso.	1	2	3	4	5
6. Conforme las personas envejecen, se vuelven menos organizadas y más confusas	1	2	3	4	5
7. Los pacientes AM tienden a ser más agradecidos por la atención médica que se les proporciona, que los pacientes más jóvenes.	1	2	3	4	5
8. Hacer la historia clínica de los pacientes AM es frecuentemente un calvario	1	2	3	4	5
9. Tiendo a prestar más atención y tener más simpatía hacia los pacientes AM que hacia los pacientes más jóvenes	1	2	3	4	5
10. Los AM en general no contribuyen mucho a la sociedad	1	2	3	4	5
11. El tratamiento de los pacientes AM con enfermedades crónicas no conlleva muchas esperanzas	1	2	3	4	5
12. Los AM no aportan una parte justa hacia el pago de su atención médica	1	2	3	4	5
13. En general, las personas mayores actúan demasiado lento para la sociedad moderna	1	2	3	4	5
14. Es interesante escuchar los relatos de las experiencias pasadas de los AM	1	2	3	4	5

ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	La edad cronológica actual documentada por el paciente	Años	Mediana, media, valores mínimos y máximos
Sexo	Sexo fenotípico	Femenino Masculino	Porcentaje
Universidad	Institución educativa superior a la que pertenece el estudiante encuestado	UDLA UTE PUCE USFQ UIDE	Porcentaje
Nivel de estudio	Semestre de estudio universitario que cursa actualmente el estudiante	Quinto semestre Sexto semestre Octavo semestre Noveno semestre Decimo semestre	Porcentaje
Tiempo de duración de la rotación	Número de semanas que se imparte la asignatura de Geriatría	PUCE: 1 semana UTE: 2 semanas UIDE: 4 semanas USFQ: 8 semanas UDLA: 14 semanas	Mediana, valores mínimos y máximos
Puntuación	Valor en la escala de	1 – 2 (actitud	Mediana, media,

escala UCLA	Likert obtenido de acuerdo a cada estudiante	negativa) 3 neutral 4 – 5 (actitud positiva)	valores mínimos y máximos
Encuesta	Encuesta brindada a los estudiantes ya sea antes o después de cumplir su rotación su rotación por geriatría.	Primera encuesta (antes) Segunda encuesta (después)	Frecuencias

ANEXO 4: TABLAS DE ANÁLISIS UNIVARIADO

EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 22 años	85	59.9%
Desde 23 años	57	40.1%
Total	142	100%

SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	82	57.7%
Masculino	60	42.3%
Total	142	100%

UNIVERSIDAD

Universidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
USFQ	21	14.8%	14.8%
UDLA	22	15.5%	30.3%
PUCE	22	15.5%	45.8%
UIDE	25	17.6%	63.4%
UTE	52	36.6%	100%
Total	142	100%	

SEMESTRE

Semestre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Quinto	52	36.6%	36.6%
Sexto	25	17.6%	54.2%
Octavo	21	14.8%	69%
Noveno	22	15.5%	84.5%
Décimo	22	15.5%	100%
Total	142	100%	

TIEMPO RECIBIDO DE CLASES

Número de semanas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	22	15.5%	15.5%
2	52	36.6%	52.1%
4	25	17.6%	69.7%
8	21	14.8%	84.5%
14	22	15.5%	100%
Total	142	100%	

ANEXO 5: TABLAS DE CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE CLASES RECIBIDO Y ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES HACIA LOS ADULTOS MAYORES MEDIDA CON LA ESCALA UCLA

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Pregunta 1

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Agradable estar con AM	Hasta 2 semanas	24	50	74
	Más de 2 semanas	37	31	68
	Total	61	81	142

Pregunta 2

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Reasignar dinero	Hasta 2 semanas	42	32	74
	Más de 2 semanas	28	40	68
	Total	70	72	142

Pregunta 3

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Atender jóvenes o AM	Hasta 2 semanas	18	56	74
	Más de 2 semanas	37	31	68
	Total	55	87	142

Pregunta 4

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Sociedad cuidar AM	Hasta 2 semanas	16	58	74
	Más de 2 semanas	30	38	68
	Total	46	96	142

Pregunta 5

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM demasiados recursos	Hasta 2 semanas	23	51	74
	Más de 2 semanas	32	36	68
	Total	55	87	142

Pregunta 6

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM menos organizados y más confusos	Hasta 2 semanas	40	34	74
	Más de 2 semanas	41	27	68
	Total	81	61	142

Pregunta 7

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM agradecidos por atención médica	Hasta 2 semanas	32	42	74
	Más de 2 semanas	37	31	68
	Total	69	73	142

Pregunta 8

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Hacer Hcl es calvario	Hasta 2 semanas	21	53	74
	Más de 2 semanas	33	35	68
	Total	54	88	142

Pregunta 9

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Simpatía hacia AM	Hasta 2 semanas	52	22	74
	Más de 2 semanas	44	24	68
	Total	96	46	142

Pregunta 10

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM no contribuyen	Hasta 2 semanas	19	55	74
	Más de 2 semanas	30	38	68
	Total	49	93	142

Pregunta 11

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Tratamiento de AM sin esperanzas	Hasta 2 semanas	36	38	74
	Más de 2 semanas	51	17	68
	Total	87	55	142

Pregunta 12

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Pago de AM por su atención médica	Hasta 2 semanas	22	52	74
	Más de 2 semanas	24	44	68
	Total	46	96	142

Pregunta 13

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM lentos	Hasta 2 semanas	27	47	74
	Más de 2 semanas	39	29	68
	Total	66	76	142

Pregunta 14

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Escuchar relatos de AM	Hasta 2 semanas	26	48	74
	Más de 2 semanas	28	40	68
	Total	54	88	142

DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Pregunta 1

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Agradable estar con AM	Hasta 2 semanas	19	55	74
	Más de 2 semanas	27	41	68
	Total	46	96	142

Pregunta 2

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Reasignar dinero	Hasta 2 semanas	49	25	74
	Más de 2 semanas	35	33	68
	Total	84	58	142

Pregunta 3

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Atender jóvenes o AM	Hasta 2 semanas	20	54	74
	Más de 2 semanas	37	31	68
	Total	57	85	142

Pregunta 4

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Sociedad cuidar AM	Hasta 2 semanas	14	60	74
	Más de 2 semanas	12	56	68
	Total	26	116	142

Pregunta 5

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM demasiados recursos	Hasta 2 semanas	26	48	74
	Más de 2 semanas	22	46	68
	Total	48	94	142

Pregunta 6

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM menos organizados y más confusos	Hasta 2 semanas	39	35	74
	Más de 2 semanas	27	41	68
	Total	66	76	142

Pregunta 7

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM agradecidos por atención médica	Hasta 2 semanas	30	44	74
	Más de 2 semanas	34	34	68
	Total	64	78	142

Pregunta 8

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Hacer Hcl es calvario	Hasta 2 semanas	37	37	74
	Más de 2 semanas	49	19	68
	Total	86	56	142

Pregunta 9

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Simpatía hacia AM	Hasta 2 semanas	44	30	74
	Más de 2 semanas	48	20	68
	Total	92	50	142

Pregunta 10

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM no contribuyen	Hasta 2 semanas	34	40	74
	Más de 2 semanas	16	52	68
	Total	50	92	142

Pregunta 11

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Tratamiento de AM sin esperanzas	Hasta 2 semanas	45	29	74
	Más de 2 semanas	40	28	68
	Total	85	57	142

Pregunta 12

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Pago de AM por su atención médica	Hasta 2 semanas	31	43	74
	Más de 2 semanas	19	49	68
	Total	50	92	142

Pregunta 13

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
AM lentos	Hasta 2 semanas	36	38	74
	Más de 2 semanas	28	40	68
	Total	64	78	142

Pregunta 14

		Actitud estudiantes		Total
		Actitud negativa	Actitud positiva	
Escuchar relatos de AM	Hasta 2 semanas	21	53	74
	Más de 2 semanas	24	44	68
	Total	45	97	142

ANEXO 6: PUNTUACIÓN ANTES – DESPUÉS POR CADA PREGUNTA

Pregunta 1

Puntuación	P1A	P1B
1	4	6
2	16	6
3	41	34
4	40	39
5	41	57

Pregunta 2

Puntuación	P2A	P2B
1	16	28
2	25	25
3	29	31
4	39	25
5	33	33

Pregunta 3

Puntuación	P3A	P3B
1	30	27
2	25	30
3	56	59
4	14	17
5	17	9

Pregunta 4

Puntuación	P4A	P4B
1	7	3
2	2	1
3	9	5
4	28	17
5	96	116

Pregunta 5

Puntuación	P5A	P5B
1	7	6
2	14	7
3	34	25
4	34	30
5	53	64

Pregunta 6

Puntuación	P6A	P6B
1	24	21
2	57	45
3	29	44
4	21	20
5	11	12

Pregunta 7

Puntuación	P7A	P7B
1	8	6
2	5	9
3	21	14
4	35	35
5	73	78

Pregunta 8

Puntuación	P8A	P8B
1	12	13
2	42	27
3	48	46
4	23	33
5	17	23

Pregunta 9

Puntuación	P9A	P9B
1	8	8
2	13	15
3	75	69
4	24	29
5	22	21

Pregunta 10

Puntuación	P10A	P10B
1	5	8
2	18	18
3	26	24
4	39	29
5	54	63

Pregunta 11

Puntuación	P11A	P11B
1	7	6
2	32	36
3	48	43
4	37	33
5	18	24

Pregunta 12

Puntuación	P12A	P12B
1	7	4
2	12	14
3	27	32
4	37	33
5	59	59

Pregunta 13

Puntuación	P13A	P13B
1	4	3
2	27	23
3	35	38
4	40	37
5	36	41

Pregunta 14

Puntuación	P14A	P14B
1	4	1
2	3	3
3	15	6
4	32	35
5	88	97