

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIECIAS DE LA SALUD
GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

**“Estereotipos negativos hacia la vejez en el personal médico del Hospital del
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Retalhuleu”**



PLAN DE INVESTIGACION

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POR

JORGE ESTUARDO MARTINEZ MALDONADO
PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE

GERIATRA Y GERONTOLOGO
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO

GUATEMALA, 26 DE NOVIEMBRE DEL 2,016

INDICE

Introducción	1
Justificación de la investigación	2
Definición del problema	3
Especificación del problema	4
Delimitación del problema	4
Marco teórico	4-20
Hipótesis	21
Objetivos de la investigación	21
Marco metodológico	22
Descripción marco teórico	23
Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación	24
Cronograma de actividades	24
Recursos utilizados durante la investigación	25
Bibliografía	26
Anexos	27

I. INTRODUCCION

En los países en desarrollo durante los últimos años se ha observado un crecimiento constante de la población de adultos mayores. El aumento en la esperanza de vida, la disminución de muertes por enfermedades infectocontagiosas son algunos de los factores que influyen en esto. Sin embargo, a pesar de la importancia que ha cobrado el término de adulto mayor, este grupo poblacional resulta muchas veces discriminado tanto por la sociedad como por los individuos.

Los estereotipos que tenemos acerca de algo alguien, influye positiva o negativamente al momento de que tomemos alguna opinión o decisión sobre esto. Al hablar del adulto mayor, algunas personas lo han relacionado con la muerte y el deterioro o decaimiento de la vida misma, tanto en términos físicos como sociales. Debido a este mal concepto se nos ha enseñado también que si esta viejo ya no sirve.

Las oportunidades, laborales, económicas e incluso de salud de los adultos mayores, se ven afectadas por estos estereotipos negativos. Muchas veces escuchamos frases como “ya está viejo por eso no entiende”, “se va a morir porque ya está viejo”, “este viejo no se apura”, “para que le vas a hacer eso si igual ya está viejo”, “pobrecito el viejito”.

En el caso específico del personal médico, los estereotipos negativos que estos tengan, pueden llegar a ser determinantes al momento de la toma de decisiones respecto a la conducta a seguir con los adultos mayores por lo que el tema resulta ser muy importante por la influencia que tiene en la salud del paciente. Sin embargo, actualmente existe muy poca o nula información acerca de los estereotipos negativos hacia el adulto mayor en el personal médico por lo que se decidió realizar la presente investigación en el Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con sede en Retalhuleu.

PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para comprender de mejor forma los estereotipos negativos hacia la vejez, es importante conocer la definición de dos términos: *estereotipo* el cual la real academia de la lengua española lo define como imagen comúnmente aceptada por un grupo o sociedad con carácter inmutable. El otro término al que se hará referencia es al de *viejismo* (ageism), definiendo este como un preconcepto contra el anciano y el envejecimiento, son prejuicios y conductas de discriminación contra las personas basadas en la creencia de que el envejecimiento hace a las personas menos atractivas, menos inteligentes, menos sexuales y menos productivas.

Los problemas de salud y discapacidad funcional no son sinónimo de envejecimiento, ya que existen adultos mayores que se encuentra libre de enfermedades graves. Por lo tanto no debemos de pensar que un adulto mayor que acude al hospital solamente por la edad se va a complicar y que no se puede hacer nada por mejorar su salud.

Los estereotipos que se tienen hacia la vejez muchas veces forman parte ya de la cultura y por lo tanto, forma parte de la sociedad. Diversos estudios han demostrado que las personas y la sociedad básicamente presentan estereotipos mayormente negativo sobre las personas mayores. En el área de la salud existen diversas formas en las cuales los estereotipos negativos pueden llegar a afectar la toma de decisiones del personal médico y esto representar una discriminación terapéutica por la edad, dentro de esto podríamos mencionar como ejemplo: limitar el uso recursos económicos para el tratamiento y diagnóstico de los adultos mayores por considerar que la edad es un factor de mal pronóstico, considerar que la enfermedad el adulto mayor no es grave y que los cambios que presenta son secundarios a la edad.

Si un médico tiene una perspectiva negativa hacia el adulto mayor esto muchas veces puede llegar a influir en la toma de decisiones al momento de brindar atención médica a

los adultos mayores que la necesiten. Según un estudio realizado por Mireya Francos, en el hospital del Seguro Social en Querétaro, México más del 60% de las personas entrevistadas tenían estereotipos negativos hacia el adulto mayor esto determinado por medio del cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)

Dar prioridad y prestar más recursos sanitarios a otros grupos poblacionales diferentes al adulto mayor es algo que podemos observar con frecuencia en diferentes ámbitos. El obtener resultados que nos evidencien las actitudes positivas o negativas que tienen los médicos para con el adulto mayor nos puede permitir crear programas de educación y concientización que nos ayuden a mejorar el trato y oportunidades que recibe el adulto mayor.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Definición del problema

Según datos de la OMS, entre el año 2000 y 2050, la proporción de personas mayores de 65 años se duplicará de un 11 a un 22 %, y de estos, el 80 % vivirá en países en vías de desarrollo, por lo que Guatemala no es ajena a esta realidad. (Informe mundial sobre el envejecimiento, OMS, septiembre 2015).

La sociedad se estratifica de acuerdo a grupos de edades, existiendo para cada uno diversas expectativas y roles, los cuales muchas veces de ven influenciados o determinado por tradiciones y funciones sociales aprendidas, las cuales, a su vez, se agregan al sistema de creencias sociales. Estas creencias generalizadas acerca de rasgos que se suponen son típicos o característicos de determinados grupos sociales basados en informaciones ambiguas e incompletas son los estereotipos.

En el sujeto anciano el estereotipo tiene por lo general una connotación negativa, tanto dentro de la sociedad en general, como dentro del mismo grupo de personas mayores. En la práctica médica diaria, la discriminación terapéutica por edad se expresa de muy diferentes formas, y la podemos encontrar en prácticamente todas las áreas de la atención clínica.

Muchas veces se parte de un principio, que presupone que la edad debe ser una contraindicación para una decisión médica. Incluso se dice tener a favor de tomar estas medidas razones basadas en un supuesto beneficio del anciano: no molestarle, dejarlo tranquilo, cuando muchas veces lo que sucede realmente es que no se presta el tratamiento necesario solo por ser “anciano”.

2.2 Especificación del problema

¿Cuál es el porcentaje de médicos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el Hospital del municipio de Retalhuleu, departamento de Retalhuleu con estereotipos negativos hacia la vejez según el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)?

2.3 Delimitación del problema

2.3.1 Unidad de análisis

El estudio se realizara en el personal médico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el Hospital sede del municipio de Retalhuleu, departamento de Retalhuleu.

2.3.2 Tamaño de la muestra

Personal médico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital de Retalhuleu.

2.3.3 Ámbito geográfico

Personal médico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital de Retalhuleu, los cuales son residentes del departamento de Quetzaltenango, Retalhuleu y Guatemala.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición adulto mayor

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada o tercera edad; de 75 a 90, cuarta edad; los que sobrepasan los 90 se les denomina longevos; y

los mayores de 100, centenarios. Y las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (OMS, www.OMS.com, 2015).

3.1.1 Situación actual del adulto mayor en la sociedad

3.1.2 Transición demográfica

El envejecimiento de la población es el resultado de una tendencia persistente de disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida. Este cambio demográfico se ha traducido en un número y porcentaje crecientes de personas de más de 60 años. Como consecuencia de ello, se aproxima rápidamente el momento en que, por primera vez en la historia, el número de personas mayores superará al de jóvenes. (www.oms.com, 2010)

Durante los últimos años se ha producido un aumento vertiginoso de las personas mayores de 65 años lo que ha hecho surgir un nuevo concepto llamado “envejecimiento generacional”. Guatemala se encuentra ante esta situación, presenta un proceso acelerado de transición demográfica, transformándose en un país con más viejos que niños. Entre los años 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores pasará de 7 al 28% en una población de 130 millones en el año 2050, con el consecuente impacto en los servicios de salud ya que la población geriátrica se caracteriza por la alta demanda de servicios de salud (MIREYA FRANCO S., 2010).

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>, 2015).

Como se ha dicho, la edad en la que comienza la vejez no es algo que esté delimitado, ni biológica ni psicológicamente, sino que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas. Lerh (1983, p. 362), opina que “el envejecimiento psicológico, entendido como el comportamiento y las vivencias de la vejez, solo en una pequeña parte está determinado de modo biológico, o sea por el estado de salud, y en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales, sociales y ecológicos” (OMS, www.oms.com, 2015).

3.1.2 ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud de la población?

Entre 2015 y 2050, la población mundial mayor de 60 años casi se duplicará y pasará de 900 millones a 2000 millones en 2050. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

Ese cambio demográfico tiene varias consecuencias para la salud pública. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. (OMS, www.oms.com, 2015)

Pero que sucede cuando un adulto mayor se vuelve una persona con múltiples enfermedades, vive solo, cuenta con pocos o ningún ingreso económico y decide consultar al seguro social o salud pública, muchas veces puede ser discriminado solo por ser “viejo”. Aunque puede parecer algo no tan frecuente, el maltrato a los adultos mayores sigue siendo un tema al que probablemente no se le brinde la importancia que merece, ya sea por considerar que no sucede o por los estereotipos negativos que existen hacia la vejez.

3.2 Maltrato de las personas mayores

Previo de hablar y definir el término ageism o estereotipos negativos hacia la vejez, tenemos que comprender que este también es un tipo de maltrato hacia el adulto mayor.

El maltrato de las personas mayores es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto.

El maltrato de las personas mayores es un problema importante de salud pública. Aunque hay poca información sobre el alcance del maltrato en la población de edad avanzada, especialmente en los países en desarrollo, se calcula que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes. Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades. En consecuencia, es probable que todas las tasas de prevalencia estén subestimadas.

3.2.1 Tipos de maltratos

Aunque los datos rigurosos son escasos, un estudio ha aportado estimaciones de la prevalencia de los tipos más frecuentes de maltrato en países de ingresos elevados o medios:

- maltrato físico: 0,2-4,9%
- abuso sexual: 0,04-0,82%
- maltrato psicológico: 0,7-6,3% (basado en criterios liminares sustantivos)
- abuso económico: 1,0-9,2%;
- desatención: 0,2-5,5%. (www.oms.com, 2016)

3.2.2 Magnitud del problema del maltrato hacia el adulto mayor

La desatención al adulto mayor ocurre no solo en el hogar, sitios como transporte público, agencias de empleo, hospitales y seguro social pueden también ser parte de esto.

Por lo común, todos valoramos y respetamos a las personas mayores que amamos o a las que conocemos bien. A pesar de ello, nuestras actitudes hacia otros ancianos en la sociedad en general pueden ser diferentes.

3.2.3 Factores de riesgo del maltrato para el adulto mayor

En muchas sociedades tradicionales, las personas de edad son respetadas como «nuestros mayores». Pero en otras, las mujeres y los hombres de edad pueden ser menos respetadas. La marginación puede ser estructural, por ejemplo mediante la imposición de edades obligatorias para la jubilación, o informal, como cuando se considera que las personas mayores son menos vigorosas y menos útiles a los ojos de un posible empleador.

Actitudes como estas son ejemplos del prejuicio por motivos de edad, según el cual se crean estereotipos en torno a ciertas personas o grupos a causa de su edad, o directamente se los discrimina. Al amparo de estos prejuicios se llega a representar a las personas mayores como frágiles, «anticuadas», incapacitadas para el trabajo, débiles, de reacciones lentas, discapacitadas o de plano incapaces. Este prejuicio separa a la sociedad en jóvenes y viejos.

A consecuencia de estos estereotipos, las personas mayores pueden verse privadas de participar plenamente en actividades sociales, políticas, económicas, culturales, espirituales, cívicas y de muchos otros tipos. Los jóvenes pueden a veces influir en estas decisiones por las actitudes que adoptan hacia las personas mayores o incluso erigiendo barreras a la participación de estas.

Además, esos estereotipos pueden impedirnos hacer frente a los problemas del envejecimiento de la población porque determinan que no formulemos las preguntas exactas o que no encontremos soluciones imaginativas. (www.oms.com, s.f.)

3.2.4 Maltrato del adulto mayor en los sistemas de salud

El derecho a la atención médica es una preocupación creciente para las mujeres mayores, porque se estima que un 60% de la población de adultos mayores en Latinoamérica y el Caribe son mujeres, una cifra que se proyecta que aumente a 75% para 2025. Las mujeres sufren discriminación por su edad a una edad más temprana que los hombres y rutinariamente se les percibe como vulnerables, débiles y dependientes. Dichas imágenes negativas ayudan a que las mujeres mayores seas susceptibles al abuso. Las mujeres mayores también tienden a padecer más de enfermedades crónicas.

Los médicos y los formuladores de políticas deben entender que el envejecimiento afecta de manera diferente a las mujeres y a los hombres. Este reconocimiento es crítico para asegurar la igualdad entre hombres y mujeres mayores y para satisfacer adecuadamente sus diferentes necesidades físicas, mentales y sociales. (ww.oms.com, s.f.)

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y, por lo tanto, de la ética médica. En la Declaración de Ginebra se exige al médico que debe velar ante todo por la salud de su paciente" y el Código Internacional de Ética Médica estipula: "El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. A pesar de lo anterior, es común que ocurra un deterioro en la relación médico-paciente en el grupo de los adultos mayores. (Palacios, 2005)

El ser médico implica el poder lograr y sentir realmente empatía con el paciente, pero cuando no se da esto y existen de base estereotipos negativos hacia el adulto mayor, podemos incurrir en desatención que a su vez puede representar el no realizar nuestro mayor esfuerzo al tratar la enfermedad del paciente solo por el simple hecho de ser viejo.

3.3 Derechos humanos y salud

3.3.1 Protección a los adultos mayores por medio de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos

Tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como el sistema Interamericano para la protección de los derechos humanos tienen un grupo importante de instrumentos jurídicos que pueden usarse para proteger los derechos y las libertades de las personas mayores. Algunos han surgido de convenciones o tratados y tienen obligatoriedad legal para los Estados que las han ratificado. Otros, las declaraciones o “estándares” de derechos humanos internacionales, aunque no son legalmente vinculantes, se consideran una interpretación autorizada de los requerimientos de las convenciones internacionales y representan un consenso de la opinión internacional.

3.3.2.1 Declaración de Hong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de los ancianos

En la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de los ancianos que se llevó acabo en la 41ª Asamblea Médica Mundial (septiembre, 1989), revisada en la 126ª Sesión del Consejo Jerusalén (mayo, 1990) y en la 170ª Sesión del Consejo de Divonne-les Bains en Francia (mayo, 2005) se adoptaron los principios generales para protección de los ancianos.

Estos principios son:

- Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.
- El médico tiene la responsabilidad de ayudar a evitar el maltrato físico y psicológico de los pacientes ancianos.
- Si el médico es consultado por el anciano directamente, el hogar de ancianos o la familia, debe velar porque el paciente reciba la mejor atención posible.
- El médico que constate o sospeche de maltrato, como se define en esta Declaración, debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar de ancianos. Si se confirma que existe maltrato o si se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.

- Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricciones a su derecho de elegir libremente el médico. Las asociaciones médicas nacionales deben luchar para que dicha libre elección sea respetada en el sistema médico-social.

3.3.2.2 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).

El Artículo 1 establece que todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación, derecho que les garantiza la libertad de proveer su desarrollo cultural, social y económico.

El Artículo 6 asegura que cada ser humano tiene el derecho inherente a la vida. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie será privado arbitrariamente de la vida.

3.3.2.3 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

El Artículo 9 reconoce el “derecho de todas las personas a la seguridad social”, donde el término “seguridad social” implícitamente cubre todos los riesgos que implica la pérdida del medio de sustento por razones fuera del control de la persona.

El Artículo 12 reconoce el derecho de todas las personas al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (en adelante “derecho a la salud”).

Estos dos pactos, junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, constituyen lo que se conoce como la Carta Internacional de Derechos Humanos. Los tres proporcionan protección contra la discriminación de personas mayores.

3.3.2.4 Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

La Declaración establece que todas las personas son libres e iguales en derechos y en dignidad. Esta disposición general implica que las personas mayores también tienen derecho a gozar de sus derechos humanos básicos y confiere a todas las personas todos los derechos y libertades establecidos en la Declaración, sin distinción de ningún tipo, como raza, color, sexo, idioma, religión, ideología política o de otro tipo,

origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estatus. Además establece que no deberá hacerse distinción alguna basada en el estatus político, jurisdiccional o internacional de una persona ni en el país o territorio al que pertenezca la persona, sin importar si es independiente, consorcio, no autogobernada o bajo alguna otra limitación de soberanía.

3.3.1.5 Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).

Esta herramienta es el primer instrumento internacional sobre el envejecimiento. Proporciona pautas sobre las políticas para preservar la salud así como proporcionar atención de rehabilitación y preventiva a personas mayores. Este documento fue aprobado por la Asamblea General y debe ser utilizado por los Estados Miembros para salvaguardar los derechos de las personas mayores dentro del contexto de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos.

La salud es un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos". El Comité establece que este derecho está íntimamente relacionado y depende del ejercicio de otros derechos humanos como la vida, la no discriminación, la igualdad, la libertad de trato inhumano o degradante, el derecho a la asociación, la asamblea y la movilización, a la alimentación, la vivienda, el empleo y la educación. Hace referencia a las personas mayores como un grupo cuya vulnerabilidad requiere programas especiales, de costo relativamente bajo que ofrezcan acceso a centros de salud, bienes y servicios sin discriminación. (OPS, 2008)

3.4 Componentes generales de los estereotipos de la vejez

Una de las formas de acercarse a la complejidad de las actitudes y estereotipos de la vejez es a través de las investigaciones que han estudiado los subtipos que aparecen incluidos en la categoría general *personas mayores*. Brewer, Dull y Lui (1981), tomando como base la teoría de la categorización de Rosch (1978), que sostiene que existen diferentes niveles de abstracción en las representaciones cognitivas de los grupos sociales, propusieron que la categoría *personas viejas*, al igual que las basadas en el

sexo o la raza, contiene a su vez otros subtipos de menor nivel de generalidad, los cuales proporcionan información suplementaria a la categoría social global.

Esta información adicional es de carácter básicamente perceptivo y se refiere a características de los sujetos tales como el color de pelo, peculiaridades faciales, el estilo de vestir o incluso el tono de la voz, las cuales aportan datos adicionales sobre las personas

A través de este conjunto de rasgos perceptivos, se establecen asociaciones suplementarias, con inferencias asociativas entre esos rasgos de apariencia física y características de personalidad de los sujetos.

3.5 Ageism, viejismo o gerontofobia

3.5.1 Definición

El *ageism*, que se ha traducido al castellano como *viejismo*, *gerontofobia* y ha sido estudiado en un amplio rango de fenómenos tanto en un nivel individual como institucional. Butler en el año 1969, fue el primero que empleó la expresión *ageism*, definiendo este término como un “proceso de estereotipia y discriminación sistemática contra las personas por el hecho de ser viejas, de la misma forma que el racismo y el sexismo se originan por el color de la piel y el género”.

Aunque el término *ageism* puede incluir, por su significado, los estereotipos y la discriminación hacia cualquier grupo o individuo en función de su edad, su empleo por los gerontólogos se aplica específicamente a los adultos mayores como grupo y hacia los procesos del envejecimiento humano.

Por otra parte, se considera que el *ageism* no es exclusivo del mundo adulto. Así, autores como Isaac y Bearison (1986), que han estudiado el desarrollo de los estereotipos y actitudes de los niños hacia las personas mayores, han demostrado su presencia en los niños desde muy corta edad.

En lo que se refiere al *ageism* como manifestación de la discriminación de las personas mayores en la sociedad actual, se hace referencia a que la diferencia esencial de este fenómeno con el sexismo y el racismo, es que todas las personas sin distinción de sexo y raza, están destinadas a llegar a la vejez, a no ser que mueran prematuramente. Es decir, que, al ser la vejez una parte natural del ciclo de la vida, todas las personas están potencialmente destinadas a sufrir en sí mismas los estereotipos y prejuicios contra la vejez.

3.5.2 Factores culturales, ideológicos y psicosociales asociados a los estereotipos negativos hacia la vejez

Autores como Kastenbaum y Palmore sugieren que uno de los factores que contribuyen con más fuerza a la existencia del *ageism* es el miedo a la muerte, la cual no es vista como algo natural e inevitable en las edades jóvenes. Además, en nuestra sociedad la muerte aparece de forma clara como un sinónimo de la vejez. Las actitudes y estereotipos negativos hacia la vejez pueden surgir a partir del miedo de las personas a los procesos del envejecimiento, al estar asociados generalmente a la pérdida de control, de la sexualidad y al declive físico e intelectual. (Palacios, 2005)

Como se ha dicho, el *ageism* adopta formas paternalistas y aparentemente compasivas hacia las personas mayores. Este fenómeno afecta a, por ejemplo, a la forma que se han abordado los procesos de envejecimiento en algunas concepciones teóricas.

Asimismo a una variedad de aspectos de la vida cotidiana de las personas mayores en nuestra sociedad, desde los laborales y de salud, pasando por la imagen que ellas se ofrece en los media, y finalmente, por las diferentes formas de infantilización que aparecen en los profesionales que se ocupan de la atención a los ancianos en las residencias.

Por otra parte, Bernabei et al. (1998) sugieren que los pacientes ancianos con cáncer que sufren de dolor crónico tienen mayor riesgo que los jóvenes de recibir cuidados paliativos inadecuados. Estos investigadores encontraron que la cuarta parte de los pacientes con

dolor diario de más de 65 años que estaban institucionalizados, no recibían ningún analgésico, y que este porcentaje aumentaba en los pacientes mayores de 85 años.

En otros estudios se ha comprobado que los médicos tendían a emplear menos tiempo con sus pacientes ancianos. Si se asume que el dedicar menos tiempo a los enfermos reduce la oportunidad para una buena comunicación entre paciente y médico, pudiera ser que los pacientes ancianos no reciban la misma atención médica que los pacientes más jóvenes, a pesar de que está demostrado que tienen mayores necesidades de salud que estos.

Se ha señalado la existencia de formas de *ageism* en el campo de la salud que están socialmente aceptadas. Así, se hace referencia a los trasplantes de órganos, a algunos tipos de intervenciones quirúrgicas, al acceso a los servicios de rehabilitación o al uso de ciertos procedimientos diagnósticos técnicamente sofisticados, de forma que “es habitual que pacientes con patologías subsidiarias de tratamiento de rehabilitación como son el accidente cerebrovascular o las fracturas de cadera, ni siquiera se incluyan en las listas de pacientes candidatos a tratamiento por parte de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, privándoseles del tratamiento de estos profesionales sin razones aparentes, salvo la propia edad”.

De particular interés son los estudios que han encontrado que los médicos recogían una información más detallada, se mostraban más respetuosos e interaccionaban más con los pacientes jóvenes que con los ancianos, y que en las entrevistas prestaban menos atención a las cuestiones psicosociales cuando se trataba de ancianos. Estos resultados son de particular interés por cuando los factores psicosociales son un elemento fundamental a tener en cuenta en el diagnóstico y tratamiento, y no pueden obviarse estos componentes en los pacientes ancianos. (Palacios, 2005)

En la relación médico-paciente es habitual solicitar al personal de salud información diagnóstica, acompañada del pronóstico: resultado esperado del acto médico. En algunas ocasiones, este resultado obtenido no es exacto, debido al acto médico mismo; en otras,

debido a la intervención de terceros (familiares o cuidadores). Esto último se torna problema cuando la información suministrada por el médico hacia el paciente es para conocer la situación, evolución y finalmente adoptar una forma de vida; o bien cuando el paciente tiene que colaborar con su tratamiento.

No sería justo privar a los adultos mayores de algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos simplemente por ser "viejos", cuando el beneficio de mejorar la calidad de vida puede ser enorme. Otro acto de justicia consiste en escuchar al paciente, porque escuchar favorece la relación y la confianza.

Uno de los motivos por los cuales el personal de salud rechaza atender al anciano es porque acude a la consulta con una lista de quejas. Es responsabilidad del profesional de salud permitir que el paciente relate y aclare sus quejas; esto le hace sentirse considerado y, como ocurre con frecuencia, no siempre la queja principal es el motivo de la consulta. Se debe cumplir también con un examen físico adecuado, así como con los estudios de laboratorios pertinentes.

A los pacientes mayores de edad con plena capacidad de prestar su consentimiento se les debe aplicar las reglas generales relativas al mismo. Estas reglas se centran en asegurar que la voluntad, tanto en su formación como en su

3.5.3 Estereotipos negativos hacia el adulto mayor en los médicos

Si el médico cree que el paciente ha hecho una elección inadecuada, por falta de conocimiento e información, está en la obligación de brindar información más completa y actualizada. Solamente si le parece que el individuo carece de capacidad suficiente (previos estudios adecuados) para entender la información y relevancia del problema médico, se debe solicitar un apoderado para proteger y asesorar al paciente o para que se tomen las decisiones correctas. Sin embargo, no podemos perder de vista que un paciente competente puede en cualquier momento abandonar el tratamiento, pero jamás el médico podrá abandonar al paciente. El adulto mayor es el único que puede autorizar algún tipo de intervención concerniente a su salud.

Otro conflicto que puede ocurrir en la relación médico-paciente del adulto mayor es que a menudo en la práctica se crea un vínculo insano entre el profesional de salud (mayoritariamente los médicos) y su paciente anciano, en el cual el primero está persuadido que sólo él tiene todas las respuestas a la problemática de su paciente.

Por otra parte, en el tratamiento de las problemáticas del adulto mayor impera el "modelo médico", que implica centrarse únicamente en la cuestión orgánica individual y en su etiología fisiológica: se olvida el tratamiento de causas psicológicas y, fundamentalmente, de los efectos de las políticas sociales y económicas sobre la salud en el envejecimiento y en la vejez. Como consecuencia de esta ideología, los adultos mayores suelen centrar sus consultas en las dolencias físicas, manifestando pudor por expresar sus problemas psíquicos, tal vez por temor a ser estigmatizados.

La Asociación Médica Mundial también presenta las siguientes recomendaciones a los médicos que tratan a los ancianos y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a dar publicidad a esta Declaración entre sus miembros y la opinión pública.

Refiere que los médicos que atiendan ancianos deben hacer mayores esfuerzos para crear una relación de confianza con los pacientes ancianos, a fin de instarlos a pedir atención médica cuando sea necesario y a sentirse cómodos cuando confíen en el médico.

Proporcionar una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el abuso y/o abandono. Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia (por lo general, el médico es el único profesional que mantiene un contacto duradero con el paciente y la familia) y mantener en la máxima medida posible la confidencialidad del paciente.

Se debe además Informar toda sospecha de casos de maltrato o abuso de ancianos, conforme a la legislación local. Utilizar un equipo multidisciplinario de tratantes de las

profesiones médicas, servicio social, salud mental y legal, cada vez que sea posible y estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que presten servicios domiciliarios, reposo y disminución del estrés a las familias de alto riesgo. (Melba Barrantes-Monge¹, 2010)

El maltrato de las personas mayores es un problema importante de salud pública. Aunque hay poca información sobre el alcance del maltrato en la población de edad avanzada, especialmente en los países en desarrollo, se calcula que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes.

Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades.

Los factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de que una persona mayor sufra malos tratos se sitúan en el ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural.

Entre los riesgos del ámbito individual se incluyen la mala salud física y mental de la víctima y los trastornos mentales y abuso del alcohol y las sustancias psicotrópicas en el caso del agresor.

Entre los factores socioculturales que pueden afectar al riesgo de maltrato de las personas mayores se incluyen los siguientes:

- La representación de las personas mayores como frágiles, débiles y dependientes;
- El debilitamiento de los vínculos entre las generaciones de una misma familia;
- Los sistemas sucesorios y de derechos de tierras, que afectan a la distribución del poder y de los bienes materiales en las familias;
- La migración de las parejas jóvenes, que dejan a los padres ancianos solos en sociedades en las que tradicionalmente los hijos se han ocupado de cuidar a las personas mayores;

- Falta de fondos para pagar los cuidados. (OMS, www.OMS.com, 2015)

En el sujeto anciano el estereotipo tiene por lo general una connotación negativa, tanto dentro de la sociedad en general, como dentro del mismo grupo de personas mayores. Un estereotipo negativo sobre la vejez no es un tema reciente, hace más de cinco décadas ya se identificaba como un hallazgo consistente y estable.

La investigación en el campo de los estereotipos sobre la vejez incluye la percepción de diferentes grupos; en familiares y cuidadores de adultos mayores existe una falsa concepción, en jóvenes se percibe a la vejez como un período caracterizado por mala salud, inseguridad económica, soledad y decadencia en las capacidades físicas y mentales.

En los profesionales de la salud se ha señalado que tienen dificultad para reconocer la presencia de procesos patológicos en las personas mayores ya que asocian de forma natural la edad con la fragilidad y la debilidad, y se ha dicho que pueden llegar a utilizar la edad como un indicador para explicar el comportamiento, variando el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento de las personas mayores en comparación con adultos de menor edad. Y contrario a lo esperado se ha encontrado que el mayor contacto de la relación médico paciente no siempre elimina o reduce los estereotipos asociados a la edad.

3.6 El cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)

Las escalas que se han utilizado para medir los estereotipos incluyen las de actitudes, que evalúan el grado de disposición permanente respecto a determinadas cuestiones. El cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) conjunta dos propuestas incorpora el factor salud mental al factor salud, y mantiene el factor carácter-personalidad y motivación-social siendo este un instrumento más integrador.

El estereotipo hacia la vejez es parte de la cultura y por lo tanto, forma parte de la sociedad. En la literatura los estudios sobre estereotipos de la vejez concluyen que la

percepción social sobre las personas mayores es básicamente negativa realización de otro estudio, además se ha descrito que el estereotipo negativo en el personal médico se asocia con la calidad de la atención. (MIREYA FRANCO S., 2010)

El estereotipo negativo en la dimensión salud se comporta de manera semejante a otras dos dimensiones, debido a que es un componente cultural no racionalizado, que la formación profesional no logra modificarlo, lo cual es un grave problema ya que hace pensar que ésta se limita a crear técnicos y no profesionales en el sentido extenso del término. Lo señalado evidencia la necesidad de un cambio de cultura, ya que la transición demográfica ha superado la visión del personal de salud, en el cual se encuentra ausente la perspectiva gerontológica, este proceso necesariamente pasará por una redefinición del significado social de la vejez y de las formas de integración social y cultural de los adultos mayores (MIREYA FRANCO S., 2010).

Diversos estudios indican que las actitudes de los profesionales sanitarios respecto a los ancianos tienden a ser las mismas o incluso peores que el que posee la sociedad en general. Se afirma también, que muchos médicos no dispensa la misma cantidad de tiempo tratando a sus pacientes ancianos que el tiempo que dedica a sus pacientes jóvenes. De hecho, muchos médicos se cuestionan el cuidado que han de dispensar a los ancianos cuando estos padecen problemas poco estimulantes, irreversibles o incluso intratables. Como resultado de este proceso de socialización, son pocos los estudiantes de medicina que optan por la especialidad de la geriatría. (Negredo*, 2011)

Otra de las vías en las que se detectan las actitudes viejistas en los profesionales sanitarios es en lo concerniente a los hospitales. Existe gran controversia respecto a los tratamientos médicos para las personas mayores ya que es costoso el cuidado sanitario y el tratamiento para este tipo de población, y muchos de los seguros no cubren el costo de los mismos, por lo que los hospitales consideran a la población anciana poco rentable (Negredo*, 2011).

4. HIPÓTESIS

Más del 50% del personal médico del Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Retalhuleu presenta estereotipos negativos hacia el adulto mayor según el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Objetivo general

Determinar si en el personal médico del Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Retalhuleu existen estereotipos negativos hacia el adulto mayor mediante la realización del cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).

5.2 Objetivos específicos

- Conocer si existe relación entre el género de los médicos y la presencia de estereotipos negativos hacia el adulto mayor.
- Caracterizar los estereotipos negativos hacia el adulto de los médicos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, hospital de Retalhuleu, por medio de del cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).

6. BOSQUEJO PRELIMINAR DE TEMAS Y SUBTEMAS

CAPITULO I MARCO METODOLOGICO

- 1.1 Justificación de la investigación
- 1.2 Planteamiento del problema
 - 1.2.1 Definición del problema
 - 1.2.2 Especificación del problema
 - 1.2.3 Delimitación del problema
 - 1.2.3.1 Unidad de análisis
 - 1.2.3.2 Tamaño de la muestra
 - 1.2.3.3 Ambito geográfico
- 1.3 Hipótesis
- 1.4 Objetivos de la investigación
 - 1.4.1 Objetivo general
 - 1.4.2 Objetivo específico
- 1.5 Bosquejo preliminar de temas y subtemas
- 1.6 Métodos técnicas e instrumentos
 - 1.6.1 Métodos
 - 1.6.2 Técnicas
 - 1.6.3 Instrumentos
- 1.7 Cronograma de actividades
- 1.8 Recursos
 - 1.8.1 Recursos Humanos
 - 1.8.2 Recursos materiales
 - 1.8.3 Recursos Financieros

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Adulto mayor

2.1.1 Situación actual del adulto mayor en la sociedad.

2.1.2 Transición demográfica.

2.1.3 Envejecimiento mundial y la salud de la poblacional.

2.1.4 ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud de la población?

2.2 Maltrato de las personas mayores

2.2.1 Tipos de maltrato

2.2.1.1 Magnitud del problema del maltrato hacia el adulto mayor

2.2.1.3 Factores de riesgo de maltrato para el adulto mayor

2.2.1.4 El maltrato del adulto mayor en los sistemas de salud

2.3 Derechos humanos y salud

2.3.1 Protección a los adultos mayores por medio de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos

2.3.1.1 Declaración de Hong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de los ancianos

2.3.1.2 Pacto civil de derechos civiles y políticos

2.3.1.3 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

2.3.1.4 Declaración universal de los derechos humanos

2.3.1.5 Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento

Componentes generales de los estereotipos en la vejez

2.5 Ageism, viejismo o gerontofobia

2.5.1 ¿Qué es el ageism?

2.5.2 Factores culturales, ideológicos y psicosociales asociados a los estereotipos negativos hacia la vejez

2.5.3 Estereotipos negativos hacia el adulto mayor en los médicos

2.6. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).

7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

7.1 Métodos

Se utilizará el método descriptivo ya que el estudio tiene dentro de sus objetivos el caracterizar los estereotipos negativos hacia el adulto mayor por parte del personal médico del hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con sede en Retalhuleu.

7.2 Técnicas

Es un diseño de investigación descriptiva que utiliza como instrumento la encuesta el cual se aplicara en la investigación.

7.3 Instrumentos

La forma en cómo se determinará si existe o no estereotipos negativos hacia el adulto mayor por parte del personal médico del hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con sede en Retalhuleu, será el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).

8. Cronograma de actividades

Las actividades relacionadas a la investigación se llevarán a cabo durante los meses de julio a noviembre, describiéndolas de forma más detallada en la siguiente página.

	Descripción	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1	Elaboración del protocolo de investigación	■				
2	Presentación del protocolo de investigación		■			
3	Revisión del protocolo de investigación		■	■		
4	Se modifica investigación de desarrollo de protocolo a plan de investigación				■	
6	Revisión del plan de investigación				■	■
7	Entrega del plan de investigación				■	■

9. RECURSOS

9.1 Recursos humanos

- Estudiante de la maestría de geriatría y gerontología que participó como investigador.
- Personal médico hospital IGSS de Retalhuleu
- Asesor y revisor de investigación.

9.2 Recursos materiales

- Computadora
- Internet
- Hojas de papel, lápices, lapiceros.
- Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con sede en el municipio de Retalhuleu, departamento de Retalhuleu.
- Documentos de revisión bibliográfica
- Publicaciones de revistas
- Investigaciones relacionadas al tema
- Libros de texto
- Tesis.

9.3 Recursos financieros

- Computadora, Costo: Q 5,000
- Recursos técnicos para la elaboración, Costo: Q 400
- Material bibliográfico y fotocopias, Costo: Q 100
- Papelería, Costo: Q 100
- Impresión, Costo: Q 100
- Encuadernación, Costo: Q 200
- Costo total presupuestado:
Costo Total: Q 5900

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Análisis del componente conductual de actitudes viejistas en los profesionales de salud. (2011). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2011, 359-375 .
2. Melba Barrantes-Monge¹, E. R. (2010). *Relación médico-paciente: Derechos del adulto mayor*.
3. MIREYA FRANCO S., E. V. (2010). *Estereotipos negativos hacia la vejez*.
4. Negrodo*, L. C. (2011). Conductas discriminatorias hacia la vejez . *Intertational Journal of Psychology and Psichological Therapy*.
5. OMS. (septiembre de 2015). <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>.
6. OMS. (27 de septiembre de 2015). www.oms.com. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/42/es/>
7. OMS. (octubre de 2015). www.OMS.com.
8. OPS. (2008). <http://www1.paho.org>. Obtenido de http://www1.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf?ua=1
9. Palacios, C. S. (2005). *Universidad de Malaga*.
10. www.oms.com. (s.f.). Obtenido de www.oms.com: http://www1.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf?ua=1
11. www.oms.com. (s.f.). Obtenido de www.oms.com: http://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/es/
12. www.oms.com. (octubre de 2010). Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/72/es/>
13. www.oms.com. (septiembre de 2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>

11. ANEXOS

Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) 1= Muy en desacuerdo

2= Bastante en desacuerdo 3= Bastante de acuerdo 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”				
La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochean				

