



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**TÍTULO**

**Diferencias generacionales y regionales entre  
médicos en la percepción de los atributos negativos y  
el potencial positivo de la vejez**

**TESIS DE POSGRADO QUE PARA  
OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO  
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA**

**PRESENTA**

**Luis Armando Méndez López**

**TUTORES DE TESIS**

**Dra. Ana Patricia Navarrete Reyes**

**Dr. Juan Pablo Negrete Najar**

Ciudad de México, octubre 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Diferencias generacionales y regionales entre médicos en la percepción de los atributos negativos y el potencial positivo de la vejez**



**INCMNSZ**  
INSTITUTO NACIONAL  
DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
DR. "SALVADOR ZUBIRÁN"  
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

Dr. Sergio Ponce de León Rosales  
Jefe de Enseñanza  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
"Salvador Zubirán"

Dra. Ana Patricia Nayarrete Reyes  
Tutora de Tesis  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
"Salvador Zubirán"

Dr. Juan Pablo Negrete Najar  
Tutor de Tesis  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
"Salvador Zubirán"

Dr. Juan Miguel Antonio García Lara  
Profesor Titular del Curso de Geriátrica  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
"Salvador Zubirán"

# INDICE

<b>I.</b>	<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
<b>A.</b>	<b>DEFINICIÓN DE VIEJISMO.....</b>	<b>7</b>
<b>B.</b>	<b>DETERMINANTES DEL VIEJISMO.....</b>	<b>8</b>
	<b>FACTORES REGIONALES.....</b>	<b>8</b>
	<b>FACTORES GENERACIONALES.....</b>	<b>9</b>
	<b>VIEJISMO Y SALUD.....</b>	<b>10</b>
	<b>VIEJISMO EN MÉDICOS.....</b>	<b>10</b>
<b>IV.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>12</b>
<b>V.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>VI.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>VII.</b>	<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>14</b>
<b>VIII.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>14</b>
<b>A.</b>	<b>DISEÑO.....</b>	<b>14</b>
<b>B.</b>	<b>PARTICIPANTES.....</b>	<b>15</b>
<b>C.</b>	<b>TAMAÑO DE MUESTRA.....</b>	<b>15</b>
<b>D.</b>	<b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>E.</b>	<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN.....</b>	<b>16</b>
	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....</b>	<b>16</b>
	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....</b>	<b>16</b>
	<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>F.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS &amp; DEFINICIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>16</b>
	<b>DEFINICIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>19</b>
<b>G.</b>	<b>ANÁLISIS.....</b>	<b>22</b>
<b>H.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>46</b>

## I. RESUMEN

**Introducción:** El viejismo se refiere a la tendencia a describir la edad avanzada como la causa primordial de los problemas de las personas mayores. Es un fenómeno cultural dinámico y parece estar ligado a la forma en que se define, estiliza o promulga el envejecer en distintas circunstancias sociales y temporales. Está demostrado que las actitudes desfavorables hacia las personas mayores también implican un impacto negativo en la atención de su salud y que son más frecuentes en médicos que en otros miembros del equipo de salud. Por lo tanto, es necesario identificar las ideas que existen sobre el envejecimiento y el ser viejo en distintas generaciones de médicos, con el fin de identificar nichos de intervención con el potencial de mejorar la atención de este grupo etario de pacientes.

**Objetivo:** Comparar la percepción de atributos negativos y potencial positivo de la vejez entre médicos de diferentes generaciones y diferentes regiones en el mundo.

**Hipótesis:** Existen diferencias regionales y entre generaciones entre médicos en cuanto a la percepción de atributos negativos y potencial positivo de la vejez, así como también existen diferencias regionales y entre generaciones de médicos en cuanto a la imagen positiva del envejecimiento.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta electrónica, con versión en 2 idiomas: español e inglés, la cual fue distribuida vía internet a través de redes sociales dirigida a médicos de México y otros países,

tanto hombres como mujeres, incluyendo médicos generales, médicos residentes y especialistas de todas las especialidades y subespecialidades.

La encuesta estuvo constituida por distintas secciones que incluyeron datos sociodemográficos, laborales, académicos y los cuestionarios “Atributos Negativos y Potencial Positivo de la Vejez (PPSE y PNSE)”, “*Image-of-Aging*” y tres ítems de la Encuesta Social Europea para determinar las experiencias y expresiones de edadismo.

Para el análisis cuantitativo se utilizó estadística descriptiva y regresión lineal tanto univariada como multivariada. Para el análisis cualitativo se utilizaron mapas de palabras y análisis temático de contenido.

### **Resultados:**

Participaron 1593 médicos de 40 países, 59% mujeres. Los millennials representaron el 50.5% de los participantes y la generación X el 29%. Los puntajes de percepción sobre el envejecimiento mostraron diferencias a través de las generaciones y regiones a las que pertenecían los médicos: los Baby Boomes obtuvieron la percepción más positiva (mediana 2.1 RIC 1.8-2.3). La generación del Silencio la menos negativa (PNSE). Entre los países, Ecuador obtuvo la percepción más positiva (mediana 2, RIC 1.8 - 2.2) y Estados Unidos la percepción menos negativa (mediana 2, RIC 1.5 – 2.25). Estos se tomaron como referencia para las regresiones lineales univariadas. En la regresión lineal multivariada se demostró que pertenecer a la generación X o Millennial y trabajar en Turquía y en los EE.UU. se asociaba de forma independiente con

percepciones menos positivas del envejecimiento.

En la imagen del envejecimiento las palabras más frecuentemente reportadas para describir a personas mayores fueron: experiencia y sabiduría; y para describir a personas jóvenes: fuerza y energía. Los temas evocados con mayor frecuencia hacia las personas mayores son de preocupación y salud, mientras que los temas evocados hacia los jóvenes son de crítica y asociación negativa.

### **Conclusiones:**

Las percepciones que tienen los médicos sobre el envejecimiento en general tienden a lo positivo. Existe una asociación independiente entre la generación a la que se pertenece y el país donde se trabaja con los puntajes de percepción tanto positivos como negativos sobre la vejez

Las palabras más frecuentemente asociadas a personas mayores son “sabiduría” y “experiencia”, mientras que las más frecuentemente asociadas a jóvenes fueron “energía” y “fuerza”. Los temas evocados hacia los adultos mayores son de “preocupación” y “salud”, mientras que los temas que evocan hacia las personas jóvenes son de asociación negativa y crítica.

## II. INTRODUCCIÓN.

La comprensión general en la ciencia y la literatura popular ha sido, y es, que la vejez y las personas mayores del presente difieren de las del pasado y que la vejez y las personas mayores del futuro serán diferentes de las del presente<sup>i</sup>. El viejismo se refiere a la tendencia a describir la edad avanzada como la causa primordial de los problemas de las personas mayores. Por lo tanto, es necesario identificar la forma en que las personas mayores se construyen como diferentes y las ideas que existen sobre el envejecimiento y el ser viejo en distintas generaciones.

## III. MARCO TEÓRICO

### A. DEFINICIÓN DE VIEJISMO

El concepto de “edadismo” surgió en 1969 del término en inglés “ageism”, acuñado por Robert Butler, gerontólogo estadounidense y primer director del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento en Estados Unidos, y se refiere a los estereotipos, prejuicios y discriminación dirigidos hacia los demás o hacia uno mismo en función de la edad.<sup>ii</sup>

La discriminación por edad abarca cualquier grupo etario, se han utilizado otros términos para referirse a la discriminación por edad dirigida contra niños y jóvenes, incluidos los conceptos de adultismo<sup>iii</sup> e infantilismo<sup>iv</sup>. El término “viejismo” fue traducido por Salvarezza para describir la actitud negativa frente a las personas mayores.<sup>v</sup>



## B. DETERMINANTES DEL VIEJISMO

El viejismo es un fenómeno cultural dinámico y parece estar ligado a la forma en que se define, estiliza o promulga el envejecer en distintas circunstancias sociales y temporales<sup>vi</sup>

### FACTORES REGIONALES.

El viejismo es un fenómeno prevalente. La OMS estima, con base en una encuesta que se realizó en 57 países entre 2010 y 2014, que al menos una de cada dos personas tiene actitudes viejistas alrededor del mundo, siendo el viejismo incluso más generalizado que otras formas de discriminación como el sexismo o el racismo.<sup>vii viii</sup>

La prevalencia del viejismo difiere alrededor del mundo. Bratt et al, en un estudio de 29 países encontraron diferencias regionales en cuanto a la percepción de discriminación de las personas mayores, donde los habitantes de países del norte de Europa percibían menor discriminación asociada a la edad que aquellos del sur o el este de ese continente<sup>x</sup> Otro estudio comparó la presencia de actitudes negativas hacia las personas mayores entre pacientes que vivían en Bélgica y otros que radicaban en Burundi evidenciando mayor frecuencia de actitudes negativas en estos últimos<sup>x</sup>. Los factores que pueden explicar las variaciones entre culturas recién están comenzando a explorarse.

## FACTORES GENERACIONALES

Las categorizaciones por edad en grupos generacionales son “recursos culturales” que las personas utilizan para construir su identidad, generar normas sociales o justificar arreglos de vida<sup>xi</sup>. <sup>xii</sup>Habitualmente, las personas más jóvenes ven a aquellos que son mayores como distintos, con objetivos, ideas y valores diferentes. Esto ocasiona que el viejismo se sustente en la idea de “los otros”, lo que es paradójico, ya que las personas mayores son jóvenes que han envejecido<sup>xiii</sup>

Entre distintas generaciones las percepciones de la vejez son también distintivas, la cohorte de “nuevos viejos” o “*boomers*” (nacidos entre 1946 y 1964) se describe como consciente de sí misma, en comparación con las personas mayores pasivas, frágiles y agradecidas del pasado que componen la generación del silencio (nacidos antes de 1946). Aunque estos contrastes se han utilizado para mejorar la imagen de las personas mayores y han servido para formar la identidad de “adultos mayores”, también han hecho posible que los adultos más jóvenes justifiquen sus ideas viejistas<sup>xiv</sup>

Con base en esta teorización, el viejismo permite a las generaciones más jóvenes ver a los viejos como diferentes, ajenos a sí mismos, percibiéndolos como “los otros”<sup>xv</sup> Las personas jóvenes pueden defender las ideas sobre las personas mayores como “las otras” al construir su propio futuro como esencialmente diferente del de las personas mayores. Se ha sugerido que las ideas viejistas se generan y afianzan en la juventud, y es posible que se arrastren hasta la propia vejez<sup>xvi</sup>

## VIEJISMO Y SALUD

El impacto de los estereotipos positivos y negativos sobre la vejez se ha estudiado en distintas poblaciones. Levy BR et al demostraron que las personas mayores con una impresión negativa inicial del envejecimiento tenían peor desempeño en memoria y salud física a lo largo de un seguimiento de 18 años además de desarrollar con más frecuencia alteraciones cardiovasculares.<sup>xviiixviii</sup>

En otro estudio se encontró que las personas mayores con percepciones negativas del envejecimiento viven en promedio 7.5 años menos que aquellos con una percepción positiva.<sup>xix</sup> Tales efectos podrían estar mediados por las actitudes cotidianas y la elección de hábitos saludables en las personas de edad avanzada con percepciones positivas *a priori*.

Las actitudes desfavorables hacia las personas mayores también implican un impacto negativo en la atención de su salud. La comunicación con las personas mayores se ve afectada por los estereotipos negativos de la vejez que llevan a que el personal de salud les hable más lento o fuerte o utilice lenguaje simplificado o infantilizado. Este tipo de comunicación puede crear un reforzamiento negativo de los estereotipos y se ha asociado con resistencia al cuidado en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor (antes demencia).<sup>xx</sup>

## VIEJISMO EN MÉDICOS

Existe poca información acerca de las percepciones del personal de salud, particularmente de los médicos, sobre la vejez. En Latinoamérica, Sampén Celis et al aplicaron una encuesta sobre viejismo a personal de salud de primer nivel de

atención en Perú. Se encontró una actitud positiva hacia la persona mayor en 59% de los encuestados. Sin embargo, cuando se estratificó por nivel de educativo del personal de salud encontraron que 70% del personal no profesional tenía actitudes positivas hacia la persona mayor mientras que solo 48% del personal profesional tenía actitudes positivas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa<sup>xxi</sup>. Almeida et al en Uruguay utilizaron el cuestionario de “Atributos negativos y potencial positivo de la vejez” en estudiantes de enfermería evidenciando un predominio de percepción de estereotipos negativos hacia las personas mayores<sup>xxii</sup>

xxiii

Gómez-Moreno et al usaron los cuestionarios de Morgan-Bengston y de imagen del envejecimiento en una población de médicos residentes de la Ciudad de México y encontraron una media del puntaje de percepciones positivas del envejecimiento de 2.9 (tiende a lo positivo) mientras que aquella de percepciones negativas fue de 2.1 (neutro), la palabra más frecuentemente utilizada para describir a los adultos mayores fue fragilidad.<sup>xxiv</sup>

En una tesis doctoral de la universidad de *Virginia Commonwealth* se encontró que los médicos tenían más actitudes viejistas que los enfermeros, terapistas y otro personal clínico no médico. En ese trabajo, la ansiedad de envejecer estuvo asociada con las actitudes viejistas<sup>xxv</sup>. Un estudio europeo reportó que hasta el 30% de los usuarios de salud mayores de 65 años entrevistados había reportado haber sufrido discriminación por su edad. En ese mismo artículo, 47% de los estudiantes de medicina y enfermería entrevistados reportaron haber sido testigos de un acto de discriminación contra las personas mayores por parte del personal médico<sup>xxvi</sup>

Se ha demostrado que las ideas negativas acerca del envejecimiento impactan en la toma de decisiones clínicas.<sup>xxvii xxviii xxix</sup> Diversos autores han utilizado escenarios clínicos hipotéticos para probar que las actitudes viejistas modifican la toma de decisiones en pacientes adultos mayores. Los ejemplos de acercamientos viejistas a los procesos de triage han sido evidentes durante la pandemia de COVID, donde se han considerado cortes de edad para admisión a unidades de cuidados intensivos, entre otros.<sup>xxx</sup>

Al ser la percepción de la vejez un constructo dinámico matizado por elementos transgeneracionales, transculturales y transdisciplinarios, que puede afectar la calidad de la atención de salud en las personas mayores, es necesario describir la frecuencia de percepciones positivas y negativas de la vejez y sus asociaciones en el personal médico de diversos lugares y generaciones en aras de desarrollar intervenciones que amortigüen las percepciones negativas asociadas al envejecimiento en la toma de decisiones médicas.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El viejismo es un fenómeno frecuente, dinámico, y multifactorial, se cree que involucra aspectos generacionales, culturales, y disciplinarios. Su prevalencia varía según la *región* del mundo que se estudie. Se desconoce si lo hace cuando se comparan individuos de *diferentes generaciones*.

No exenta al personal de salud, es incluso más prevalente en médicos lo que repercute en la toma de decisiones terapéuticas.

## V. JUSTIFICACIÓN

Conocer las actitudes positivas y negativas de médicos de diferentes generaciones hacia las personas mayores a través del mundo nos dará un panorama general de las áreas de oportunidad para mejorar la atención de las personas de edad avanzada. En línea con lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la campaña de combate global contra el vejeísmo, los hallazgos de este estudio podrán sentar las bases para desarrollar intervenciones para sensibilizar al personal de salud a las necesidades particulares de este grupo poblacional.

## VI. OBJETIVOS

### **Objetivo principal.**

Comparar la percepción de atributos negativos y potencial positivo de la vejez entre médicos de diferentes generaciones y diferentes regiones en el mundo.

### **Objetivos secundarios**

Determinar el grado de atributos negativos y potencial positivo de la vejez en médicos de diferentes generaciones y diferentes regiones del mundo.

Comparar la imagen positiva del envejecimiento entre médicos de diferentes generaciones y regiones del mundo.

Describir la imagen positiva del envejecimiento entre médicos de diferentes regiones del mundo y generaciones.

Describir las experiencias de vejeísmo y edadismo en diferentes regiones del mundo y entre generaciones

## VII. HIPÓTESIS

Existen diferencias regionales y entre generaciones entre médicos en cuanto a la percepción de atributos negativos y potencial positivo de la vejez, así como también existen diferencias regionales y entre generaciones de médicos en cuanto a la imagen positiva del envejecimiento.

## VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.

### A. DISEÑO.

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta electrónica, que fue distribuida vía internet a través de redes sociales y se invitó a participar a médicos de México y otros países, tanto hombres como mujeres, incluyendo médicos generales, médicos residentes de todas las especialidades y subespecialidades, y médicos especialistas y subespecialistas.

La encuesta se distribuyó vía redes sociales, requirió del consentimiento informado de los participantes y se realizó tanto en español como en inglés. Estuvo constituida por distintas secciones que incluyeron datos sociodemográficos, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, historia de convivencia con personas mayores fuera del ambiente médico, clases de geriatría en pregrado, especialidad ya sea concluida o en curso, en caso de estar en curso; año de residencia; año de titulación como médico general, años de experiencia laboral, puesto laboral, porcentaje estimado de atención a adultos mayores en su práctica médica, lugar donde labora (país, estado e institución), autopercepción de salud, así como el cuestionario “Atributos Negativos y Potencial Positivo de la Vejez” de Morgan-Bengtson y las

preguntas abiertas “Image-of-Ageing” (Anexo). También se incluyó una sección con 3 ítems de la Encuesta Social Europea para determinar las experiencias y expresiones de vejeismo (experiencias de edadismo personales).

## B. PARTICIPANTES

La encuesta se dirigió a médicos mexicanos y otros países, tanto hombres como mujeres, incluyendo médicos generales, médicos residentes de todas las especialidades y subespecialidades así como médicos especialistas y subespecialistas.

## C. TAMAÑO DE MUESTRA.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando el paquete pwr2 en R que sigue la metodología descrita en *Design and Analysis of Experiments* por Angela Dean & Daniel Voss.<sup>xxxi</sup> Se utilizó una  $k=6$  (número de grupos, se esperaba la participación de 6 países), alfa 0.017 (nivel de significancia, probabilidad de error tipo 1), beta de 0.1 (probabilidad de error tipo 2 poder= 1-beta), delta de 0.4 (diferencia mínima entre los 6 grupos), sigma de 0.4 (basado en el estudio de Gómez-Moreno et al.<sup>xxxii</sup>) y B de 100 (número de iteraciones, por default 100), con un resultado de 42 participantes por grupo (total de la muestra, 252). Los datos utilizados para el cálculo corresponden a las herramientas que evalúan atributos negativos y potencial positivo de la vejez. En nuestro conocimiento, no se encuentran datos disponibles en la literatura para calcular un número de muestra con base en la herramienta de imagen del envejecimiento, por lo que se utilizó el tamaño de muestra antes descrito.



#### D. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se publicaron los objetivos, el consentimiento informado y subsecuentemente la encuesta (a través de enlaces ligados a la publicación inicial), los participantes e interesados fueron animados a diseminar la encuesta entre sus contactos, amigos, colaboradores y colegas médicos. Se utilizó el programa Google Forms para crear la encuesta. Los datos se registraron en medios electrónicos y fueron almacenados en una cuenta segura de google docs a la que solo tuvieron acceso mediante contraseña los investigadores del estudio.

#### E. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

Médicos generales, médicos residentes y egresados de todas las especialidades y subespecialidades que hayan aceptado participar en la encuesta una vez publicada en medios públicos y aquellos a quienes estos médicos hayan invitado a su vez.

Criterios de exclusión.

Ninguno

Criterios de eliminación.

Participantes que no contesten de manera completa alguno de los cuestionarios o que no cuenten con toda la información requerida.

#### F. DESCRIPCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS y DEFINICIÓN DE VARIABLES

**Cuestionario de Morgan y Bentson de “Atributos Negativos y Potencial Positivo de la Vejez”:** Es un cuestionario diseñado para evaluar el qué tan de acuerdo o desacuerdo está el sujeto con cada una de las aseveraciones sobre

características negativas y positivas de envejecimiento. Consiste en 14 ítems divididos en dos secciones; la primera sección tiene 10 ítems que corresponden a percepciones positivas sobre el envejecimiento (PPSE); y la segunda se compone de 4 ítems que corresponden a percepciones negativas sobre el envejecimiento (PNSE). Se responden utilizando una escala tipo Likert donde 1 es totalmente en desacuerdo; 2, ligeramente en desacuerdo; 3, ligeramente de acuerdo; y 4, totalmente de acuerdo. Se suman los puntajes y se dividen entre el número de ítems de cada sección. Para las PPSE una puntuación de 4 representa una percepción muy positiva, mientras que una puntuación de 1 representa una percepción muy negativa. Para las PNSE, un puntaje de 4 representa una percepción muy negativa del envejecimiento y de las personas mayores, mientras que una puntuación de 1 representa una percepción muy positiva.<sup>xxxiii</sup> Esta escala se desarrolló en 1269 personas residentes de Estados-Unidos (EE. UU), incluyendo tres grupos étnicos mayoritarios (afroamericano, mexicanoamericano y anglosajón, según denominación contemporánea) y tres grupos de edad (44-54, 55-64 y 65-74). El análisis factorial realizado dio lugar a una estructura bifactorial ortogonal, que agrupaba 4 ítems para la escala de atributos negativos (para la muestra de personas mayores, el alfa de Cronbach fue de 0.58) y 3 ítems para la escala de potencial positivo (consistencia interna para las personas mayores de 0.47).<sup>xxxiv</sup> Posteriormente ha sido utilizada en latinoamericanos en un par de estudios y en población mexicana en uno más demostrando su validez de constructo.<sup>xxxv</sup> (Anexo).

**Cuestionario sobre imagen positiva del envejecimiento.** Consiste en 2 preguntas abiertas: 1.- “Cuando usted piensa en un adulto mayor, ¿cuáles son las

primeras 5 palabras o frases que le vienen a la mente?"; 2.- "Cuando usted piensa en una persona joven, ¿cuáles son las primeras 5 palabras o frases que le vienen a la mente?". La connotación positiva o negativa de cada palabra se califica por evaluadores externos según una escala tipo Likert de -5 (extremadamente negativo) a +5 (extremadamente positivo). Este método fue descrito por Levy y colaboradores<sup>xxxvi</sup>, presentando buena fiabilidad (*test-retest reliability*), 0.92 para el componente de estereotipo positivo y 0.79 para el componente de estereotipo negativo. El alfa de Cronbach fue de 0.84 para el estereotipo positivo y 0.82 para el estereotipo negativo<sup>xxxvii</sup>. Esta escala fue utilizada en población mexicana en un estudio previo<sup>xxxviii</sup>. Las respuestas de la pregunta "*Image of Aging*" fueron codificadas por evaluadores externos en una escala de 11 puntos, desde -5 (extremadamente negativo, por ejemplo, maltrato) hasta +5 (extremadamente positivo, por ejemplo, sabiduría). Otras técnicas de interpretación de esta herramienta han sido descritas e incluyen el análisis de contenido.

**Experiencias y expresiones de vejeismo/edadismo:** Se usarán los 3 ítems de la *Encuesta Social Europea* sobre "Experiencias y expresiones de vejeismo". Estos ítems fueron validados en población joven y adulta mayor de 29 países de Europa<sup>xxxix</sup>. Las validaciones se realizaron con una batería más amplia de preguntas en la que las medias de correlación inter-ítem para la población joven oscilaron entre 0.7 (para peligro percibido) y 0.47 (discriminación experimentada). La *r* inter-ítem en la muestra de adultos mayores osciló entre .07 (para peligro percibido) y 0.54 (discriminación experimentada). Como se esperaba, se encontró una correlación

positiva entre el estatus de las personas en sus 20's y el estereotipo de que las personas en sus 20's son competentes ( $r = .30, p < .01$ ). También se encontró una correlación positiva entre el estatus de las personas mayores de 70 y la presencia del estereotipo de que las personas de >70 años son competentes ( $r = .25, p < .01$ ). También se encontraron correlaciones positivas entre los contenidos de estereotipo y los sentimientos positivos acerca de un grupo etario en particular (competente, amigable, con estándares morales altos). Además, los hallazgos de la validación confirmaron la relación entre el edadismo del que se ha sido sujeto y la seriedad que se le da al viejismo.<sup>x1</sup>

Las 3 preguntas que se realizaron son: 1.-¿Con qué frecuencia alguien ha mostrado prejuicios contra usted o lo ha tratado injustamente debido a su edad?; 2.- ¿Con qué frecuencia en el último año alguien lo ha tratado mal a causa de su edad; por ejemplo, insultándole, abusando de usted o rechazando sus servicios; 3.- ¿Con qué frecuencia, si es que ha sucedido, en el último año, ha sentido que alguien le faltó al respeto debido a su edad; por ejemplo, ignorándolo o siendo condescendiente?.

Los ítems 1 y 2 buscan discriminación hostil, mientras que el 3 discriminación benevolente. Los 3 ítems se contestan con una escala tipo Likert que va de 0 a 4, en la que 0 corresponde a nunca y 4 a muy comúnmente.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### **Variables dependientes**

Atributos negativos y potencial positivo de la vejez identificados a través del cuestionario de Morgan y Bentson el cual evalúa percepciones positivas (PPSE) y

negativas sobre el envejecimiento (PNSE). El puntaje para ambas subescalas va del 1-4. Para el PPSE, a mayor puntaje mejor percepción. Para el PNSE, a menor puntaje, mejor percepción.

Imagen del envejecimiento<sup>xlii</sup> evaluada a través del cuestionario sobre imagen positiva del envejecimiento. Consiste en 2 preguntas abiertas: 1.- “Cuando usted piensa en un adulto mayor, ¿cuáles son las primeras 5 palabras o frases que le vienen a la mente?”; 2.- “Cuando usted piensa en una persona joven, ¿cuáles son las primeras 5 palabras o frases que le vienen a la mente?”. Esta variable será estudiada de forma cualitativa a través de análisis de contenido.

### **Variables independientes**

País donde el participante labora actualmente (cualitativa, nominal, dicotómica)

Generación a la que pertenece el participante incluyendo cualquiera de las siguientes - generación del silencio (nacidos antes de 1946), baby boomers (1946-1964), generación X (1965-1980), milenials (1981-1994), centenials (1995- 2009/2014)(cualitativa, nominal, politómica).

### **Otras variables**

Sociodemográficas incluyendo fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, y país de nacimiento

Académicas que incluyeron país donde se cursó la carrera, año de graduación y si los médicos contaron con clases de geriatría en pregrado.

Laborales - tipo de ocupación, estatus en caso de especialidad, año de la residencia, experiencia laboral en años y país donde labora, porcentaje de adultos mayores que atiende, autoreporte de comodidad atendiendo personas mayores (del 1 al 10 donde 1 es completamente incómodo y 10, completamente cómodo)..

Otras - antecedente de haber vivido con algún adulto mayor,

Autopercepción de salud - según una escala tipo Likert (malo, regular, bueno, muy bueno y excelente).

Experiencias de edadismo a través de las siguientes tres preguntas: ¿con qué frecuencia alguien ha mostrado prejuicios contra usted debido a su edad?, ¿con qué frecuencia en el último año alguien lo ha tratado mal a causa de su edad?, ¿con qué frecuencia si es que ha sucedido en el último año ha sentido que alguien le faltó al respeto debido a su edad? (ignorándolo). Las preguntas se contestaron usando una escala tipo Likert donde 0 es nunca, 1 pocas veces, 2 algunas veces, 3 muy comúnmente.

## G. ANÁLISIS

Las variables se describieron utilizando frecuencias y porcentajes, medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos según fuera pertinente.

Se utilizó la prueba análisis de varianza (ANOVA) o U de Mann-Whitney para comparar el resultado de las escalas PPSE y PNSE entre los diferentes grupos de encuestados incluyendo aquellos de diferentes generaciones (silencio, boomers, generación X, millenials, centenials) y países del mundo.

Para comparar los resultados numéricos en las escalas PPSE y PNSE con variables cualitativas dicotómicas como sexo, convivencia con adultos mayores, historia de clases de geriatría en pregrado, etcétera, se utilizó prueba de t de student o de U de Mann-Whitney según la distribución de las variables.

Se utilizaron pruebas de correlación de Pearson o Spearman según la distribución de las variables para analizar si aquellas numéricas continuas como la edad, los años de experiencia o la proporción de adultos mayores que los médicos ven en su consulta se asocian con los puntajes en las escalas PPSE y PNSE.

Con el fin de desarrollar un modelo explicativo de las PPSE, y las PNSE, se construyeron modelos de regresión lineal para cada una de estas variables. Inicialmente se exploraron de forma univariada las variables asociadas con  $p < .1$  con las variables de interés, no obstante, en el modelo final solo se retuvieron aquellas con asociaciones con  $p < .05$  y se determinó el porcentaje de la varianza del modelo creado que explicó los resultados de ambas escalas.

Para la imagen positiva del envejecimiento, se desarrolló un mapa de palabras cualitativo utilizando el software NVIVO para obtener una representación visual de

las palabras reportadas con mayor frecuencia cuando pensaban en una persona joven o en una persona mayor. El tamaño de cada palabra fue determinado según el número de veces que los participantes la mencionaron.

Además, con fines de buscar el contexto al que estaban asociadas las palabras reportadas en el cuestionario, se realizó un análisis temático, en donde cada respuesta o palabra se sometía a un consenso de evaluadores y se clasificaba en algún tema a su consideración.

## IX. RESULTADOS.

Mil seiscientos participantes contestaron la encuesta, se excluyeron aquellas respuestas de personal no médico, dejando un total de 1593. Los participantes tuvieron una mediana de edad de 39 años (RIC 32-51 años), 59.1% fueron mujeres. Participaron médicos de 39 países. Los siete países con mayor número de participantes fueron México con 1183 (74.3%), Guatemala con 76 (4.8%), Ecuador con 71 (4.5%), Perú con 60 (3.8%), Turquía con 48 (3%), España con 45 (2.8%) y Estados Unidos (EE. UU) con 36 (2.3%)

Los países con representación menor al 1% fueron: Kazajistán, Venezuela, Costa Rica, Chile, Colombia, India, Francia, Bangladesh, Italia, Brasil, Reino Unido, Nepal, Tailandia, Guyana, Cuba, Túnez, Bolivia, Canadá, Taiwán, Uruguay, República Dominicana, Tanzania, Panamá, Honduras, Pakistán, Argentina, Birmania, El Salvador, Irán, Alemania, Hungría y Rusia.



Los médicos que participaron tenían la siguiente formación: médicos generales (23.11%), especialistas en geriatría (11.9%), especialistas en medicina interna (7.4%), pediatría y sus subespecialidades (8.4%), medicina familiar (5.5%) cirugía con sus subespecialidades (5.3%).

Otras especialidades con porcentajes de participación menores al 5% fueron endocrinología (4.6%), anestesiología (3.1%), salud pública y epidemiología (2.8%), traumatología y ortopedia (2.6%), ginecología y obstetricia (2.3%), oftalmología (2.1%), psiquiatría (1.7%), imagenología (1.4%), reumatología (1.3%), neurología (1.2%), urgencias (1.2%), cardiología (1.1%), oncología (1.1%), y algunas otras que participaron con porcentajes menores al 1% (calidad de la atención clínica, rehabilitación, anatomía patológica, dermatología, medicina del trabajo, neumología, genética, nefrología, gastroenterología, medicina del deporte, infectología, medicina crítica, hematología, otorrinolaringología, nutrición clínica, urología, medicina del dolor y cuidados paliativos, medicina legal y forense, audiología, alergia e inmunología y 3 médicos no titulados).

Entre las generaciones, la mitad de los participantes (50.5%) pertenecía a la generación de Millennials, seguida de la generación X (29.2%), Baby Boomers (16.5%), Centennials (3%) y 11 participantes de la generación del silencio (0.7%).

En la tabla 1 se plasman algunas de las características generales de la población según las PPSE y las PNSE.

<b>Tabla 1. Características generales de la población</b>
---

<b>Variable</b>	<b>PPSE</b>	<b>p</b>	<b>PNSE</b>	<b>p</b>
	3 (2.7-3.1)		2 (1.75-2.5)	
<b>Mujer</b>	3 (2.7-3.2)	.231	2.25 (1.75-2.5)	.112
<b>Sin pareja</b>	2.9 (2.7-3.1)	.018	2 (1.75-2.5)	.643
<b>Clases de geriatría en pregrado</b>	2.9 (2.7-3.1)	.009	2 (1.75-2.25)	.051
<b>Haber vivido con un AM</b>	3 (2.7-3.2)	.178	2.25 (1.75-2.5)	.074
<b>Especialidad en geriatría</b>	3 (2.8-3.1)	.651	1.75 (1.5-2)	<.001
<b>Frecuencia de haber sido sujeto de prejuicios o de tratos injustos debido a su edad</b>	2.9 (2.7-3.1)	.030	2 (1.75-2.5)	.715
<b>Frecuencia de haber sido maltratado a causa de su edad (insultos, abusos, rechazo de servicios)</b>	3 (2.7-3.2)	.211	2 (1.75-2.5)	.026
<b>Frecuencia de faltas al respeto debido a su edad (siendo condescendiente o ignorándolo)</b>	3 (2.7-3.2)	.008	2 (1.75-2.5)	.153

### **Diferencias en las percepciones entre generaciones**

En cuanto a la PPSE, la generación que tuvo un puntaje mayor (percepción más positiva) fueron los Baby Boomers (mediana de 3.1, RIC 2.8-3.3) mientras que la que tuvo la percepción menos positiva sobre la vejez, con un puntaje menor, fue la generación Millennial (mediana 2.95, RIC 2.8 -3.17). Cabe resaltar que, en general,

los puntajes de PPSE reflejan una percepción positiva del envejecimiento en los médicos de todas las generaciones (todos son mayores a 2.5).

En lo que respecta a las PNSE, la generación que tuvo el menor puntaje (percepción menos negativa) fue la generación del Silencio con una mediana de 2 (RIC de 1.5-2.25), mientras que aquella con mayor puntaje (o una percepción más negativa) fue la Centennial (mediana de 2.25, RIC 2-2.68). Para las PNSE, todas las generaciones tuvieron medianas de puntaje por debajo de la neutralidad (< 2.5), lo que sugiere una visión menos negativa del envejecimiento. No obstante, tanto el puntaje para la PPSE ( $p < .001$ ) como aquel para la PNSE fueron diferentes a través de las generaciones ( $p .026$ ) (Tabla 2).

Tabla 2. PPSE y PNSE según las diferentes generaciones de médicos				
	PPSE, mediana (RIC)	p	PNSE, mediana (RIC)	p
<b>Todos</b>	3 (2.7-3.1)	< .001	2 (1.75-2.5)	.026
<b>Generación del silencio</b>	3 (2.7-3.3)		2 (1.5-2.25)	
<b>Baby boomers</b>	3.1 (2.8-3.3) REF		2.25 (1.75-2.5)	
<b>Generación X</b>	3 (2.8-3.1)		2 (1.75-2.5)	
<b>Millenials</b>	2.9 (2.7-3.1)		2 (1.75-2.5)	
<b>Centennials</b>	2.95 (2.8-3.17)		2.25 (2-2.68)	

Para la regresión lineal univariada de la PPSE se utilizó como referencia a la generación Baby boomers quienes obtuvieron el puntaje más alto, demostrándose que la pertenencia a la generación X o a la generación millennial se asocia con

menor puntaje en la PPSE en comparación con la referencia (ambas  $p < .001$ ).  
(Tabla 3).

<b>Tabla 3. Regresión lineal univariada de PPSE (según generación)</b>			
<b>Generación</b>	<b>Coefficiente B no estandarizado</b>	<b>IC 95% del coeficiente B</b>	<b>p</b>
<b>Generación del silencio</b>	-.032	-.235 - .170	.753
<b>Generación X</b>	-.100	- .151 - -.049	<.001
<b>Millennials</b>	-.140	-.187 - -.093	<.001
<b>Centennials</b>	-.098	-.205 - .009	.072

Para la regresión lineal univariada de la PNSE, la referencia fue la generación del silencio quienes obtuvieron el puntaje más bajo para esta escala (más favorable). Tras el ajuste, no se evidenció asociación entre la generación a la que el médico pertenece con la PNSE (Tabla 4).

<b>Tabla 4. Regresión lineal univariada de PNSE</b>			
<b>Generación</b>	<b>Coefficiente B no estandarizado</b>	<b>IC 95% del coeficiente B</b>	<b>p</b>
<b>Baby boomers</b>	.176	-.102 - .454	.214
<b>Generación X</b>	.084	- .191 - .360	.548
<b>Millennials</b>	.071	-.203 - .345	.610
<b>Centennials</b>	.222	-.083 - .526	.154

Para determinar si la asociación entre la generación a la que pertenece un médico y la PPSE es independiente, se incluyeron otras variables asociadas a este puntaje en una regresión lineal multivariada (Tabla 5) en la que se demostró que pertenecer a la generación X o a la generación millennial está asociado con puntajes más bajos de PPSE (menos positivos) independientemente del lugar donde se labore, las experiencias de edadismo del sujeto, el tener o no pareja, el haber tenido clases de geriatría en pregrado, el porcentaje de adultos mayores atendidos habitualmente en la práctica clínica y qué tan cómodo se está atendiendo a estos pacientes.

<b>Tabla 5. Regresión lineal multivariada de PPSE</b>			
	Coeficiente B no estandarizado	IC 95% del coeficiente B	p
<b>Generación X</b>	-.087	-.134- -.039	<.001
<b>Milennials</b>	-.107	- .151 - -.062	<.001
<b>Laborar en Turquía</b>	-.350	-.449 - -.252	<.001
<b>Laborar en los EE.UU.</b>	-.131	-.241 - -.020	.020
<b>Frecuencia de haber sido sujeto de prejuicios por la edad</b>	.025	.004-.046	.022
<b>Frecuencia de haber sido sujeto de falta de respeto por la edad (condescendencia)</b>	-.038	-.066- -.011	.006

### **Diferencias de las percepciones entre naciones**

Dado que el fueron numerosos los países donde los médicos que contestaron la encuesta laboran, se consideraron para el análisis solo los países con n igual o mayor a 30 sujetos. Aquellos que tuvieron n menores fueron agrupados como “resto del mundo”.

Para las PPSE, el país que obtuvo el mayor puntaje mayor (percepción más positiva) fue Ecuador mientras que, con respecto a las PNSE, el país que obtuvo un puntaje menor (percepción menos negativa) fue EE. UU (Tabla 6). Estos se seleccionaron como referencias para cada una de las regresiones lineales, de PPSE y PNSE, respectivamente.

<b>Tabla 6. Percepciones entre países</b>				
<b>País donde se labora</b>	<b>PPSE Mediana (RIC)</b>	<b>p</b>	<b>PNSE Mediana (RIC)</b>	<b>p</b>
<b>México</b>	3 (2.8 – 3.2)	<b>&lt; .001</b>	2.0 (1.75-2.5)	<b>&lt; .001</b>
<b>Guatemala</b>	2.9 (2.7-3.15)		2.25 (1.75-2.5)	
<b>Ecuador</b>	3 (2.8 - 3.2)		2.25 (1.75-2.5)	
<b>Perú</b>	2.9 (2.7-3.1)		2.0 (1.75-2.31)	
<b>Turquía</b>	2.6 (2.4-2.85)		2.5 (2.5-2.75)	
<b>España</b>	2.9 (2.7 – 2.1)		2.0 (1.75-2.25)	
<b>EE. UU.</b>	2.9 (2.7-2.0)		2.0 (1.5-2.25)	
<b>Otros países</b>	3.0 (2.7-3.1)		2.0 (1.75-2.25)	

La regresión lineal univariada de PPSE según el país donde se labora, evidenció que, tomando como referencia a Ecuador, los médicos que laboran en EE.UU. (beta = -.170, p= .014) y aquellos que laboran en Turquía (beta -.415, p < .001) tienen menor puntaje (percepción menos positiva) que sus contrapartes en Ecuador (Tabla 7). En la Tabla 5 se reportan los resultados de la regresión lineal multivariada de PPSE donde laborar en EE.UU. o en Turquía sigue estando asociado con puntajes más bajos (menos positivos) independientemente de la generación a la que se pertenezca, las experiencias de edadismo del sujeto, el tener o no pareja, el haber tenido clases de geriatría en pregrado, el porcentaje de adultos mayores atendidos habitualmente en la práctica clínica y qué tan cómodo se está atendiendo a estos pacientes.

**Tabla 7. Regresión lineal univariada de PPSE (según país)**

<b>País</b>	<b>Coefficiente <math>\beta</math> no estandarizado</b>	<b>IC 95% del coeficiente <math>\beta</math></b>	<b>p</b>
<b>México</b>	-0.034	-.116 - .048	.414
<b>Turquía</b>	-.415	-.540 - -.289	<.001
<b>España</b>	-.091	-.207 - .025	.124
<b>Guatemala</b>	-.075	-.185 - .035	.183
<b>Estados Unidos</b>	-.170	-.305 - -.034	.014
<b>Resto del Mundo</b>	-.073	-.184 - .037	.195
<b>Perú</b>	-.068	-.185 - .048	.251

Por otro lado, la regresión lineal univariada de PNSE según el país donde se labora, demostró que, en comparación con EE. UU, los médicos que trabajan en México, Turquía, Guatemala, Ecuador y el resto del mundo, tienen puntajes más altos (más negativos) (Tabla 8).

<b>Tabla 8. Regresión lineal univariada de PNSE (según país)</b>			
<b>País</b>	<b>Coeficiente <math>\beta</math> no estandarizado</b>	<b>IC 95% del coeficiente <math>\beta</math></b>	<b>p</b>
<b>México</b>	.171	.018 - .324	.029
<b>Turquía</b>	.620	.419 - .821	<.001
<b>España</b>	.160	-.030 - .350	.098
<b>Guatemala</b>	.253	.069 - .436	.007
<b>Ecuador</b>	.273	-.305 - -.034	.014
<b>Perú</b>	.107	-.084 - .299	.271
<b>Resto del Mundo</b>	.134	.087 - .460	.004

La regresión lineal multivariada del PNSE mostró que laborar en Turquía o en España, pertenecer a la generación de los baby-boomers, haber vivido con un adulto mayor y la frecuencia de haber experimentado maltrato por la edad (insultos, abusos, rechazo de servicios) se asocian con un incremento en la puntuación para las PNSE (a mayor puntaje, percepción más negativa). En contraste, sentirse cómodo atendiendo adultos mayores y ser especialista en geriatría, se asocian con puntajes menores (menos negativos) (Tabla 9).



<b>Tabla 9. Regresión lineal multivariada de PNSE</b>			
	Coeficiente B no estandarizado	IC 95% del coeficiente B	p
<b>Laborar en Turquía</b>	.409	.274 - .544	<.001
<b>Laborar en España</b>	.122	.004 - .239	.043
<b>Generación baby boomers</b>	.109	.049 - .169	<.001
<b>Haber vivido con un adulto mayor</b>	.063	.014 - .111	.011
<b>Ser geriatra</b>	-.247	-.319 - - 0.174	<.001
<b>Autopercepción de comodidad atendiendo AM</b>	-.017	-.026- -.008	.005
<b>Frecuencia de maltrato acerca de su edad (insultos, abusos, rechazo de servicios)</b>	.036	.004 - .069	.029

### **Imagen del envejecimiento**

Mil quinientos cincuenta y ocho médicos contestaron el cuestionario “Imagen sobre el envejecimiento”.

Para describir a las personas jóvenes, en total se utilizaron 6960 palabras, de las cuales la más frecuente utilizada fue “energía” (n: 394) seguida de palabras como fuerza (n:308), inexperiencia (n: 273), salud (n:227), trabajo (n:172), aprendizaje (n:167), alegría (n:130), inmadurez (n:116), vitalidad (n:113) y activo (n:109). (Ver Tabla 3)

Para describir a las personas mayores, en total se utilizaron 7163 palabras, de las cuales la más frecuentemente utilizada fue “experiencia” (n:691), seguida de

palabras como sabiduría (n:613), comorbilidad (n: 302), respeto (n:213), fragilidad (n:204), amor (n:175), paciencia (n:143), ternura (n:131), soledad (n: 124), cuidados (n:122). (Ver Tabla 3)

<b>Tabla 9. Palabras más frecuentemente utilizadas para describir a personas mayores y jóvenes en el cuestionario “Imagen del envejecimiento”</b>			
<b>Personas mayores</b>		<b>Personas jóvenes</b>	
Palabra	n	Palabra	n
Experiencia	691	Energía	394
Sabiduría	613	Fuerza	308
Comorbilidad	302	Inexperiencia	273
Respeto	213	Salud	227
Fragilidad	204	Trabajo	172
Amor	175	Aprendizaje	167
Paciencia	143	Alegría	130
Ternura	131	Inmadurez	116
Soledad	124	Vitalidad	113
Cuidados	122	Activo	109

### **Mapa de palabras**

Las palabras utilizadas hacia personas jóvenes se representan en un mapa de palabras en la figura 1, en donde las palabras reportadas con mayor frecuencia se presentan con mayor tamaño.



## Análisis temático

Los conceptos encontrados en el análisis cualitativo se agruparon en 52 temas, entre ellos preocupación (147), salud negativa (114), actitudes positivas (101), salud neutral (70) y red social (70) (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Descripción y ejemplos de los temas encontrados.		
Tema	Descripción	Ejemplos
<b>Preocupación</b>	Cuestionamientos e incertidumbres sobre algún estado de la persona aún no resuelto o aún no confirmado.	¿Así voy a estar? ¿Cómo está? ¿En qué le puedo ayudar?, necesidad de protección, necesidad de amor, necesidad de protección, estará sano o enfermo, no quiero estar así, no se vale por sí mismo. Miedo a que se enferme. Temor por su seguridad.
<b>Salud</b>	Condiciones de salud o desenlaces médicos asociados.	Negativa: Comorbilidad, demencia, desnutrición, depresión, deterioro cognitivo, dependencia, enfermedad, fragilidad, grave, paciente complejo, paliativo, sarcopenia, trastorno de la marcha.  Neutral: Actividades de la vida diaria, ánimo, atención inmediata, cognición, geriatra,

		geriatría, salud mental, medicamentos, nutrición, sueño, pronóstico.
<b>Actitud positiva</b>	Adjetivos o descripciones dirigidas hacia el modo de actuar de alguien con contexto positivo.	Acomedidos, atentos, comprensivos, chingón, colaboradores, prudencia, positivos, nobleza, tolerante, tranquilo.
<b>Red social</b>	Relaciones interpersonales o círculo social con el que cuenta el individuo.	Abuelos, padres, descendencia, cabeza de familia, compañía, marginación, soledad, visitas, viudez, vive solo.

Las palabras referidas hacia personas jóvenes fueron agrupadas en 47 temas. Los temas con mayor número de conceptos fueron de Asociación negativa (144), Crítica (128) y Acitud; tanto positiva (128) como negativa (126). (Tabla 11)

Tabla 11. Descripción y ejemplos de los temas encontrados.

<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplos</b>
<b>Asociación negativa</b>	Características relacionadas de forma inmediata con connotación negativa	Desinformados, egoísmo, ignorancia, falta de compromiso, holgazán, excesos, errores, malas decisiones, miedo al compromiso, ingenuo, inmadurez, generación de cristal.
<b>Crítica</b>	Opiniones dirigidas hacia otros con carácter de juicio	Atenido, conformista, disperso, descuidado, desorden, creen saberlo todo, no escucha consejos, poca tolerancia a la frustración, sin metas claras, superficial, poca responsabilidad, imprudentes, poco sentido

		común, las cosas ya no son como antes, qué mal están, pocos valores, <i>putas</i> , sin raciocinio.
<b>Actitud positiva</b>	Adjetivos o descripciones dirigidas hacia el modo de actuar de alguien con contexto positivo.	Accesible, alegre, amabilidad, cariñoso, eficiente, flexible, ganas de superarse, ingenioso, iniciativa, osadía, proactivo, positividad, serviciales, simpático, sociable, soñador, valiente, versátil, visionario, vivaz.
<b>Actitud negativa</b>	Adjetivos o descripciones dirigidas hacia el modo de actuar de alguien con contexto negativo.	Abrumado, altanero, arrogancia, combativo, depresivo, desagradecido, descuidado, egoísmo, explosivo, holgazán, inconsistente, indisciplinado, infantil, irrespetuoso, prepotente, sarcástico, quejumbroso, renuente, terco, visceral.

## X. DISCUSIÓN

En el presente estudio se incluyeron 1593 médicos provenientes de distintos lugares del mundo y miembros de diversas generaciones. Se encontró una mediana de 3 para el PPSE y de 2 para PNSE lo que es semejante a las cifras obtenidas por Gómez et al en una muestra de médicos residentes en la CDMX.<sup>xliii</sup> En dicho estudio, Gómez et al reportaron que las PPSE fueron más positivas en médicas residentes cuando comparadas con sus contrapartes hombres (media de 3.0 vs 2.8,  $p = .001$ ) y que las PNSE fueron menores en médicos residentes de oncología y geriatría

cuando comparados con sus contrapartes de otras especialidades (media 1.9 vs 2.1,  $p=.04$ ). En el caso de nuestro estudio, no se encontró asociación entre el sexo y la PPSE o la negativa, pero sí se evidenciaron diferencias en cuanto a la PNSE entre médicos especialistas en geriatría y médicos de otras especialidades (1.75 vs 2.25,  $p <.001$ ), que fueron independientes de las covariables consideradas (beta -.247,  $p <.001$ ).

El objetivo primordial de este trabajo fue determinar si existen diferencias en cuanto a las PPSE y las PNSE entre médicos de diferentes países y diferentes generaciones dado que se considera que el vejeismo tiene determinantes culturales y generacionales que deben explorarse. En general, los puntajes para PPSE y PNSE tendieron a lo positivo en los diferentes países representados, no obstante, los médicos que laboran en Ecuador tuvieron puntajes más altos para la PPSE (más positivos) y aquellos que laboran en EE.UU. los puntajes más bajos para las PNSE (menos negativos) de modo que fueron considerados como referencias. Con respecto a Ecuador, los médicos que trabajaban en Turquía y EE. UU., tuvieron puntajes estadísticamente más bajos para las PPSE (menos positivos), mientras que los médicos que laboraban en México, Turquía, Guatemala, Ecuador y el resto del mundo tuvieron puntajes más altos (más negativos) que aquellos que laboraban en los EE.UU con respecto a las PNSE.

La mayor parte de la información que contempla la OMS sobre los determinantes del vejeismo proviene de una revisión sistemática del 2020, que incluyó 199 estudios abarcando un periodo de más de 40 años (1970- 2017)<sup>xlii</sup>. Sin embargo, pocos de

los estudios incluidos en esa revisión sistemática se realizaron en países de bajos y medianos ingresos. Al considerar el vejezismo como un fenómeno dinámico, multifactorial; que involucra factores culturales, regionales, generacionales y disciplinarios es necesario explorar las percepciones en distintos contextos culturales.

Turquía fue el país que encontramos asociado de forma independiente tanto con puntajes de percepción menos positivos (PPSE) como más negativos (PNSE). Además de las características culturales de este país, una explicación sería la situación de la geriatría en Turquía. En un estudio que comparó la proporción de geriatras por adultos mayores en 22 países, Turquía fue el que tuvo el mayor número de habitantes, de hasta 25,000 adultos mayores de 80 años por cada geriatra, comparado con otros países europeos que tuvieron 450 adultos mayores por geriatra.<sup>xliii</sup> Aunque obtuvimos la participación de médicos de distintos continentes, las percepciones sobre el envejecimiento en Turquía quizá no se puedan generalizar como representativas del continente asiático, ya que los ejemplos existentes de actitudes positivas hacia los adultos mayores son más notables en las culturas del oriente asiático influenciadas por los valores Confucianos de piedad filial (Palmore y Maeda, 1985).

Nosotros encontramos que las palabras más frecuentemente utilizadas por los médicos para describir a los adultos mayores fueron “experiencia” y “sabiduría”, a diferencia del estudio de Gómez-Moreno en donde fueron “fragilidad” y “enfermedad”<sup>xliiv</sup> Entre las principales diferencias se encuentra que en el estudio



previo el 100% de los participantes fueron médicos que pertenecían a la generación Millennials, mientras que en nuestro estudio la mitad (50.5%) pertenecían a los Millennials y el otro 50% estuvo compuesto por otras generaciones: generación X (29.2%), Baby Boomers (16.5%), Centennials (3%) y generación del silencio (0.7%). Lo que sugiere que las diferencias en la imagen del envejecimiento que se forman los médicos posiblemente involucren aspectos generacionales.

En las generaciones, encontramos que los Millennials y la generación X se asociaban con percepciones menos positivas del envejecimiento, lo cual concuerda con la teoría de pertenencia generacional, resulta relevante conocer las percepciones sobre la vejez que tienen las generaciones jóvenes, ya que como señalan algunas proyecciones para el 2027; 1 de cada 3 médicos tendrá más de 65 años y los retiros inminentes de médicos, convertirán a los Millennials como la generación líder en atención clínica.<sup>xlv</sup>

Los Baby Boomers mostraron resultados contradictorios, por un lado, fueron quienes estuvieron asociados con puntajes de percepción más positivos (PPSE) pero también con los más negativos (PNSE). Esto se pudiera explicar ya que actualmente los Baby Boomers se encuentran en la época de transición hacia la edad avanzada (57 – 71 años). En una encuesta reciente donde el promedio de participantes pertenecía a los Baby Boomers<sup>xlvi</sup>, se les preguntó su definición de vejez y las definiciones variaban según la edad; mientras más años tenían mayor era el punto donde decían que iniciaba la vejez, una hipótesis es que conforme uno envejece las connotaciones negativas de vejez no aparecen, o no tan temprano

como se proyecta; y otra es que al asociar la vejez con un estigma uno la repele progresivamente.

En el análisis temático, encontramos que las palabras o frases más frecuentemente evocadas hacia una persona mayor son de preocupación y salud. Esto posiblemente relacionado con una de las teorías que han surgido intentando explicar el origen y las raíces que construyen el viejismo: La Teoría del Manejo del Terror (TMT; Greenberg, Schimel y Martens, 2004) que postula que la discriminación por edad ocurre intraindividualmente, derivada de la aversión natural de las personas a la vejez y su asociación con la muerte.

En nuestro conocimiento, nuestro estudio es el primero que compara las percepciones sobre la vejez entre médicos de diversas generaciones y diversas regiones del mundo, habrá que explorar intervenciones que modifiquen la percepción negativa sobre el envejecimiento en médicos; como promover temarios incluyentes sobre geriatría en los grupos con percepciones más negativas y diseñar estrategias que disminuyan las experiencias de edadismo en todos los grupos etarios.

## XI. CONCLUSIONES

Las percepciones que tienen los médicos sobre el envejecimiento en general tienden a lo positivo.

Existe una asociación independiente entre la generación a la que se pertenece y el país donde se trabaja con los puntajes de percepción tanto positivos como negativos sobre la vejez. Esta asociación es independiente de las experiencias de edadismo del sujeto, tener o no pareja, haber tenido clases de geriatría en pregrado, el porcentaje de adultos mayores que atiende en la práctica clínica habitualmente y la comodidad con la que atiende adultos mayores.

Las palabras más frecuentemente asociadas a personas mayores son “sabiduría” y “experiencia”, mientras que las más frecuentemente asociadas a jóvenes fueron “energía” y “fuerza”. Los temas evocados hacia los adultos mayores son de “preocupación” y “salud”, mientras que los temas que evocan hacia las personas jóvenes son de asociación negativa y crítica.

## XII. ANEXOS

VERSIÓN EN INGLÉS:

<b>NEGATIVE ATTRIBUTES OF OLD AGE AND POSITIVE POTENTIAL IN OLD AGE<sup>xlvii</sup></b>
<b>ATTRIBUTES CHARACTERIZING THE AGED OR ELDERLY</b>
1.- Most older people are set in their ways and unable to change
2.- Most older people are not isolated
3.- Older persons are apt to complain
4.- Older people can learn new things just as well as younger people can
5.- People become wiser with the coming of old age
6.- Older people are often against needed reform in our society because they want to hang on the past.
7.- Most older people (in this country) are in good health
8.- Most older people spend too much time prying into the affairs of others
<b>FUNCTIONS OR COMPETENCE OF THE AGED</b>
9.- In most jobs, older people can perform as well as younger people.
10.- Older people are often treated more like children than like adults who can make their own decisions.
11. Many older people cannot find a job even though they want to work
12.- Most older people can do a job as well as younger persons but they are just not given a chance to show what they can do.
13. Older people are valuable because of their experiences.

14.- Older people are not very useful to themselves or others.

## VERSIÓN EN ESPAÑOL

### **ATRIBUTOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ**

1) Muchos ancianos son inflexibles e incapaces de cambiar

2) Muchos ancianos no están aislados

3) Las personas mayores tienen tendencia a quejarse

4) Las personas mayores pueden aprender cosas nuevas de la misma manera que pueden hacerlo las personas jóvenes

5) Las personas llegan a ser más sabias con la llegada de la vejez

6) Los ancianos a menudo están en contra de las reformas que necesita nuestra sociedad porque se aferran al pasado

7) En mi país, muchos ancianos tienen buena salud

8) Muchos ancianos pasan demasiado tiempo entrometiéndose en los asuntos de los demás

### **FUNCIONES O COMPETENCIAS**

9) En muchos trabajos, los ancianos pueden rendir tan bien como los jóvenes

10) Las personas mayores son tratadas a menudo como niños más que como adultos que pueden tomar sus propias decisiones

11) Muchos ancianos no pueden encontrar un trabajo aunque quieran trabajar

12) Muchos ancianos pueden hacer un trabajo tan bien como las personas jóvenes pero no se les da la oportunidad para mostrar qué pueden hacer

13) Los ancianos son valiosos por sus experiencias

14) Los ancianos no son muy útiles ni para ellos mismos ni para otros

## IMAGEN DEL ENVEJECIMIENTO

### **ESCALA DE IMAGEN DEL ENVEJECIMIENTO**

1.- Cuando usted piensa en una persona mayor ¿Cuáles son las primeras 5 palabras o frases que le vienen a la mente?

2.- Cuando usted piensa en una persona joven ¿Cuáles son las primeras 5 palabras o frases que le vienen a la mente?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>i</sup> Sargent-Cox K. Ageism: we are our own worst enemy. *Int Psychogeriatr*. 29. England 2017. p. 1-8.
- <sup>ii</sup> Butler RN. Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969;9(4):243-6.
- <sup>iii</sup> Ceaser D. Unlearning adultism at Green Shoots: a reflexive ethnographic analysis of age inequality within an environmental education programme. *Ethnogr Educ*. 2014;9:167–81.
- <sup>iv</sup> Young-Bruehl E. *Childism: confronting prejudice against children*. New Haven (CT): Yale University Press; 2012.
- <sup>v</sup> Ribera Casado JM, Bustillos A, Guerra Vaquero AI, Huici Casal C, Fernández-Ballesteros R. ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional [Age discrimination. Point of view of the professionals]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016 Sep-Oct;51(5):270-5. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2016.03.005.
- <sup>vi</sup> Jönson H. We will be different! Ageism and the temporal construction of old age. *Gerontologist*. 2013;53(2):198-204.
- <sup>vii</sup> Ayalon L. Perceived age, gender, and racial/ethnic discrimination in Europe: results from the European Social Survey. *Educ Gerontol*. 2014;40(7):499–517 <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.845490>.
- <sup>viii</sup> Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- <sup>ix</sup> "Perceived age discrimination across age in Europe: From an ageing society to a society for all ages": Correction to Bratt et al. (2018). *Dev Psychol*. 2018;54(3):599.
- <sup>x</sup> Marquet M, Missotten P, Schroyen S, Nindaba D, Adam S. Ageism in Belgium and Burundi: a comparative analysis. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1129-39.
- <sup>xi</sup> Holstein JA, Gubrium JF. Constructionist Perspectives on the Life Course. *Sociology Compass*. 2007;1(1):335-52.
- <sup>xii</sup> Krekula C. Age coding - On age-based practices of distinction. *International Journal of Ageing and Later Life*. 2010;4:7-31.
- <sup>xiii</sup> Sargent-Cox K. Ageism: we are our own worst enemy. *Int Psychogeriatr*. 29. England 2017. p. 1-8.
- <sup>xiv</sup> Palmore E. Ageism Comes of Age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 70 2015. p. 873-5.
- <sup>xv</sup> Sargent-Cox K. Ageism: we are our own worst enemy. *Int Psychogeriatr*. 29. England 2017. p. 1-8.
- <sup>xvi</sup> Anderson PC. Why Survive? Being Old in America. *JAMA*. 1975;233(11):1216-.
- <sup>xvii</sup> Levy BR, Slade MD, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(5):P409-17.
- <sup>xviii</sup> Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychol Sci*. 2009;20(3):296-8.
- <sup>xix</sup> Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83(2):261-70.
- <sup>xx</sup> Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: impact on dementia care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2009;24(1):11-20.
- <sup>xxi</sup> Celis J, Pinedo L, Díaz Vélez C, Tello T, Ortiz 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. *Acta Médica Peruana*. 2012;29:148-54.
- <sup>xxii</sup> Castellano Fuentes CL. Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. In: Miguel Negro Ad, editor.: *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*; 2010.
- <sup>xxiii</sup> Almeida S. Percepción de los estudiantes sobre estereotipos positivos y negativos hacia la vejez. In: Olivera M, Pérez P, Tabarez L, Fernández E, Navarro D, editors. *Uruguay: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería*; 2014.
- <sup>xxiv</sup> Gomez-Moreno C, Verduzco-Aguirre H, Contreras-Garduño S, Perez-de-Acha A, Alcalde-Castro J, Chavarri-Guerra Y, et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clinical and Translational Oncology*. 2019;21(12):1730-5.
- <sup>xxv</sup> Inker J. THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL AGING ANXIETY AND ATTITUDES TO OLDER PATIENTS AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS. *Innovation in Aging*. 2019;3(Suppl 1):S81-5.
- <sup>xxvi</sup> Dobrowolska B, Jędrzejkiewicz B, Pilewska-Kozak A, Zarzycka D, Ślusarska B, Deluga A, et al. Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nursing Ethics*. 2017;26(2):443-59.
- <sup>xxvii</sup> Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review. *Int J Nurs Pract*. 2000;6(2):62-9.
- <sup>xxviii</sup> Bowling A. Ageism in cardiology. *Bmj*. 1999;319(7221):1353-5.
- <sup>xxix</sup> Fried-Oken M, Mooney A, Peters B. Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*. 2015;37(1):69-87.
- <sup>xxx</sup> Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(5):576-7.
- <sup>xxxi</sup> Dean A, Voss D, Draguljic D. *Design and Analysis of Experiments*. 2 ed: Springer International Publishing; 2017. 840 p.

- 
- xxxii Gomez-Moreno C, Verduzco-Aguirre H, Contreras-Garduño S, Perez-de-Acha A, Alcalde-Castro J, Chavarri-Guerra Y, et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clinical and Translational Oncology*. 2019;21(12):1730-5.
- xxxiii Morgan LA & Bengston VL (1976). Negative attributes of old age and positive potential in old age. In DJ Magen & WA Peterson (1982). *Research instruments in social gerontology* (pp. 606-607). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- xxxiv Castellano Fuentes CL. Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. In: Miguel Negro Ad, editor.: *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*; 2010.
- xxxv Almeida S. Percepción de los estudiantes sobre estereotipos positivos y negativos hacia la vejez. In: Olivera M, Pérez P, Tabarez L, Fernández E, Navarro D, editors. Uruguay: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería; 2014.
- xxxvi Levy BR, Kasl SV, Gill TM. Image of aging scale. *Percept Mot Skills*. 2004;99(1):208-10.
- xxxvii Levy BR, Kasl SV, Gill TM. Image of aging scale. *Percept Mot Skills*. 2004;99(1):208-10.
- xxxviii Gomez-Moreno C, Verduzco-Aguirre H, Contreras-Garduño S, Perez-de-Acha A, Alcalde-Castro J, Chavarri-Guerra Y, et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clinical and Translational Oncology*. 2019;21(12):1730-5.
- xxxix Bratt C, Abrams D, Swift HJ, Vauclair CM, Marques S. Perceived age discrimination across age in Europe: From an ageing society to a society for all ages. *Dev Psychol*. 2018;54(1):167-80.
- xl Bratt C, Abrams D, Swift HJ, Vauclair CM, Marques S. Perceived age discrimination across age in Europe: From an ageing society to a society for all ages. *Dev Psychol*. 2018;54(1):167-80.
- xli Levy BR, Kasl SV, Gill TM. Image of aging scale. *Percept Mot Skills*. 2004;99(1):208-10.
- xlii Marques S, Mariano J, Mendonca J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>.
- xliii Pitkälä, Kaisu H.; Martin, F. C.; Maggi, S.; Jyväkorpi, S. K.; Strandberg, T. E. (2018). *Status of Geriatrics in 22 Countries. The journal of nutrition, health & aging ( )*
- xliv Gomez-Moreno C, Verduzco-Aguirre H, Contreras-Garduño S, Perez-de-Acha A, Alcalde-Castro J, Chavarri-Guerra Y, et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clinical and Translational Oncology*. 2019;21(12):1730-5.
- xlv Ebeling PA, Dent DL, Kempenich JW. The millennials have arrived: What the surgeon educator needs to know to teach millennials. *Surgery*. 2020 Feb;167(2):265-268. doi: 10.1016/j.surg.2019.05.028. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303325.
- xlvi Daignault, M, Wassef, A, Nguyen, QD. How old is old? Identifying a chronological age and factors related with the perception of old age. *J Am Geriatr Soc*. 2021; 1- 3
- xlvii Morgan LA & Bengston VL (1976). Negative attributes of old age and positive potential in old age. In DJ Magen & WA Peterson (1982). *Research instruments in social gerontology* (pp. 606-607). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.