



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

19
201

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR
Y COMUNITARIA
SECRETARIA DE SALUD

"ACTITUDES Y OPINIONES HACIA LOS ANCIANOS, DE LOS
ALUMNOS DE 4º. AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL PROGRAMA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL.
AL TERMINO DE SU FORMACION PROFESIONAL.
NOVIEMBRE DE 1988 "

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESINA RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A N :

DRA. MA. DEL CARMEN HERRERA ORTEGA
DR. ROLANDO BAPTISTA LOPEZ

MEXICO, D. F.

1991





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

I	INTRODUCCION	3
II	JUSTIFICACION	13
III	MARCO CONCEPTUAL	14
IV	OBJETIVOS	19
V	UNIVERSO DE ESTUDIO, LUGAR Y TIEMPO	20
VI	VARIABLES	22
VII	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	23
VIII	DISEÑO	23
IX	PROCEDIMIENTO DE CAPTACION	24
X	PROCEDIMIENTO DE ELABORACION DE ANALISIS E INTERPRETACION	25
XI	PROGRAMACION Y CONDUCCION	26
XII	METODOLOGIA	28
XIII	RESULTADOS	34
XIV	DISCUSION	52
XV	CONCLUSIONES	59
XVI	SUGERENCIAS	64
XVII	ANEXO 1 - REFERENCIAS	68
XVIII	ANEXO 2 - CUESTIONARIO	70
XIX	BIBLIOGRAFIA	75

1. INTRODUCCIÓN

El hombre nace, vive, envejece y muere. Es una ley obligada para todos los seres vivos. Siempre el hombre ha estado tratando de realizar un método para vivir más. En la antigüedad la magia fue utilizada como una panacea para prolongar la vida humana. En la Edad Media Europea los alquimistas buscaron infructuosamente el elixir de la vida, un líquido mágico que, se suponía, daba la eterna juventud.

La antropología nos enseña que sólo el 5 por ciento de los hombres Neandertalensis logra vivir más allá de los 40 años; en el Paleolítico superior sólo 11.8 por ciento llega a esta edad y ninguno, hasta entonces, alcanza los 60 años. La sobrevivencia después de cumplir los 60 años aumenta muy levemente a partir del Mesolítico; sólo el 99 por ciento de los egipcios llega a esta edad. Los hombres y especialmente las mujeres que encontramos en la literatura clásica eran ancianos a los 30 años. ⁽¹⁾

Hoy día, el promedio de vida se sitúa alrededor de los 70 años para el hombre y alrededor de los 75 para la mujer, gracias al mejoramiento de las condiciones naturales, sociales y culturales y a los progresos alcanzados en materia de salud, higiene y nutrición. ⁽²⁾

Las previsiones para fines del Siglo XX indican que los seres humanos tendrán un promedio de vida de 80 años. Para el año 2000 ninguna mujer de 60 años se considerará realmente vieja, ya que la longevidad será el destino de la mayoría.

El número de seres humanos de más de 60 años ha aumentado en los países desarrollados (los países viejos) y aumenta rápidamente en los

países subdesarrollados. El envejecimiento de la población resultará espectacular en los países en desarrollo, donde se espera que el número de personas de más de 60 años se sextuple entre 1950 y 2025 alcanzando la cifra de 800 millones. (3)

El problema está planteado hoy día en estos términos: alcanzar el límite fisiológico de vida de la especie para toda la población. Esta es una lucha contra las malas condiciones de vida y un esfuerzo por prolongar la vida media, modificando los factores sociales adversos que la limitan. (2-3)

TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

En la mayoría de los países del mundo, las tasas de mortalidad han bajado mucho en los últimos 150 años, o al menos durante una parte de ellos, pero desde hace 10 años, se observa en algunos países desarrollados una menor rapidez en ese descenso y hasta se han dado casos de un aumento. Lo importante es que el número de personas de edad avanzada sigue aumentando en muchas regiones del mundo. (2,3,4)

En la mayoría de los países desarrollados la expectativa de vida al nacer va acercándose a los 70 años o los rebasa; además la expectativa de vida de los propios ancianos comienza a elevarse sensiblemente. Aunque el cambio es pequeño comparado con la disminución de la mortalidad a edades menos avanzadas, el efecto en ambas tendencias es el aumento del número de ancianos. (1,2,3,4)

Perspectiva a nivel mundial

El aumento de personas mayores de 60 años: de 291 millones en 1970, a

585 en el año 2000, significa un incremento de casi el 100 por ciento en tanto que la población mundial pasará de 3 600 a 5 500 millones, con un incremento del 80 por ciento. (3)

Por su parte, el porcentaje de viejos en la población mundial, que era de 8 por ciento aumentará para el año 2000 al 9 por ciento. Para los países desarrollados este porcentaje se incrementará de 14.1 al 16.0 por ciento en el año 2000; mientras que en las naciones menos desarrolladas este incremento será de 5.4 en 1970 a 7.0 por ciento en el año 2000. (Tabla N° 1). (3.5).

Tabla 1

Cálculos de población para 1970 y proyecciones para 1985 y el año 2000 por regiones principales, con el número de personas de 60 o más años de edad.

Región	Año	Pobl. total (en millones)	Cantidad (en millones)	Porc. de la (pobl. total)
Total mundial	1970	3630	290	8
	1985	4933	406	8.2
	2000	6501	584	9.0
Regiones más desarrolladas	1970	1090	153	14.1
	1985	1274	189	14.8
	2000	1453	231	16.0
Regiones menos desarrolladas	1970	2541	137	5.4
	1985	3658	218	6
	2000	5040	353	7.0
México	1970	48.2	2.7	5.4
	1985	74.3	4.5	5.5
	2000	102.5	6.5	6.0
América Latina	1970	363	16.4	5.1
	2000	583	41.5	7.3

Fuente: SPP/INEGI/CONAPO/CELADE. "México, estimaciones y proyecciones de población, 1950-2000", México, s.f.

En la tabla siguiente se puede observar que para los países desarrollados el aumento de la población total será de 33 por ciento en tanto que los viejos aumentarán en un 50 por ciento. En los países en desarrollo la población total crecerá en un 98 por ciento y los mayores de

60 años aumentarán 158 por ciento. (Tabla N° 2)

Tabla 2
Cálculos del aumento porcentual de la
población y proyecciones para 1970-2000

Región	periodo	Aumento porc. de la población total	Aumento porc. de la población de 60 años y más	Aumento porc. de la población de 70 años y más
Total mundial	1970-2000	76.8	101.1	116.7
Regiones más desarrolladas	1970-2000	33.3	50.3	70.0
Regiones menos desarrolladas	1970-2000	96.3	158.3	186.9
A. Latina	1970-2000	95	180	185
México	1970-2000	100.6	144	101

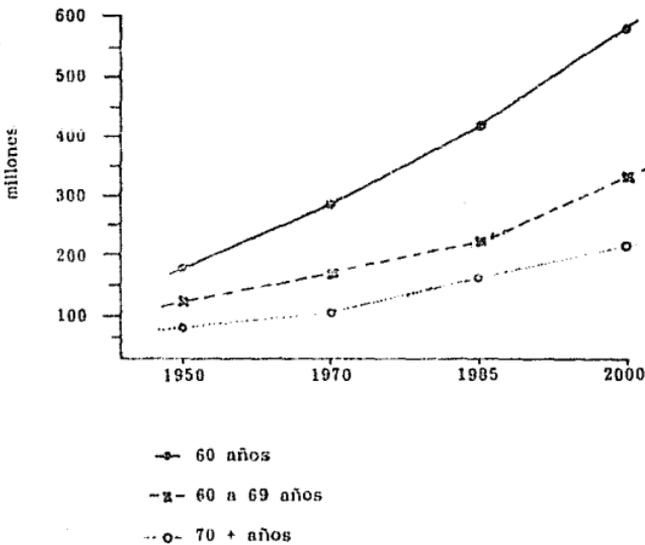
Fuente: SPP/INEGI/CONAPO/CELADE/"México, proyecciones..." op cit

El desglose del aumento esperado en el mundo de las personas mayores de 60 años para el año 2000 se muestra en la Gráfica N° 1, en la que podemos apreciar un aumento notable de la población de 70 años o más, lo que está en relación con el incremento de la esperanza de vida al nacer, es decir de la longevidad.

Aumento esperado en el mundo de las personas de 60 años o más (millones). Gráfica N° 1)

Gráfica N° 1

Aumento esperado en el mundo, de las personas de 60 años o más. (millones)



Fuente: SPP/INEGI/CONAPO/CELADE, "México, proyecciones..." (Modificada)

Tabla 3

Expectativas de población total y de mayores de 60 años en América Latina

	1980 Total (millones)	2000	% de aumento + de 60 años-miles		% de aumento
			1975	2000	
Bolivia	5.5	9.7	261	566	117
Colombia	26.8	52.4	1149	2916	154
Chile	11.1	14.9	792	1465	85
Ecuador	8.0	14.5	319	768	141
Perú	12.6	30.7	715	1671	134
Venezuela	14.9	25.7	597	1519	154
Argentina	27.8	33.2	3015	4724	57
Brasil	122.3	187.4	5028	14317	146
Paraguay	3.0	5.0	138	297	115
Uruguay	2.9	3.4	423	606	93
Costa Rica	2.2	3.3	163	246	139
El Salvador	4.7	8.7	200	467	134
Guatemala	7.2	12.7	272	697	156
Honduras	3.6	5.9	135	352	161
Nicaragua	2.7	5.1	91	195	114
Panamá	1.8	2.8	102	221	117
Cuba	9.8	12.2	879	1522	73
Haití	5.8	9.8	276	531	92
México	69.9	132.0	3174	6787	120
R. Dominicana	5.9	9.3	207	466	125

Fuente: SPP/INEGI/CONAPO/CELADE, "México, proyecciones..." op cit.

Perspectivas en América Latina

En 1970 América Latina registró un total de 363 millones de habitantes y se calcula que para el año 2000 pasará a 583 millones, lo que significa que los mayores de 60 años pasarán de 16.4 a 41.5 millones en el año 2000. Con respecto a la población total pasará del 5.5 a 7.3 por ciento (Tabla Nº 1). En cuanto al incremento porcentual de la población total de América Latina, ésta crecerá en un 95%, mientras que los mayores de

60 años se incrementarán en 151 por ciento. (3,5)

Analizando las expectativas de población total y de mayores de 60 años en América Latina, de 1980 al año 2000, se puede notar que prácticamente, con muy pocas excepciones, se duplicará la población de viejos (con excepción de Uruguay, Chile, Cuba, Haití y Argentina). En promedio los incrementos serán de alrededor de 140 por ciento. Los países que más incremento tendrán en el futuro son Colombia, Brasil, Venezuela y Honduras. (Tabla Nº 3)

Perspectivas de vejez en México

En la mayoría de los países en desarrollo, como es el caso de México, el número relativo de ancianos y su porcentaje no muestra un incremento significativo debido a la alta tasa de natalidad que enmascara el número absoluto de viejos, tomando en consideración esto último, el consenso de los expertos estima que lo que realmente importa no es el porcentaje de viejos en una población, sino el número absoluto y real de la población en fase de envejecimiento.

Esta tendencia se acentuará en la mayoría de los países en desarrollo, sobre todo si logran abatir sus tasas de natalidad y mortalidad y continúan mejorándose las condiciones sanitarias.

La tabla siguiente nos muestra las tendencias de la población senecta (mayores de 60 años) en los últimos años y las proyecciones para el año 2000, en México. (4,5) (tabla Nº 4)

Tabla 4
Tendencias de la población senecta en los últimos años y las proyecciones para el año 2000 en México

AÑO	Población total (millones)	Cantidad >60 años (millones)	Porcentaje pobl. total
1970	50.7	2.7	5.4
1980	67.0	3.5	5.6
1986	80.0	5.0	6.25
2000	104.4	8.3	8.0°

Fuente: Censos Generales de Población

Así vemos que la población total de la República Mexicana creció de 50.7 millones en 1970 a 80 millones en 1986, es decir que se incrementó en un 57.7 por ciento, mientras que la población de habitantes mayores de 60 años creció de 2.7 millones en 1970 a 5 millones en 1986; el incremento fue del 85.1 por ciento durante ese lapso.^(4,5)

Las proyecciones para el año 2000 hacen suponer que la población total de la República Mexicana habrá crecido (de 1970 al año 2000) en un 106 por ciento, lo que significa que para ese año habrá 104.4 millones de habitantes; mientras tanto, en ese mismo lapso, se espera que el número de mexicanos mayores de 60 años se habrá incrementado en un 142 por ciento, lo que significaría que para el año 2000 habrá 6.5 millones de senectos. Sin embargo, como ya hemos visto, el porcentaje en el mundo pasará de 8.0 por ciento en 1970 a 9 por ciento en el año 2000 (población mundial); de 14.1 a 16.0 por ciento en los países desarrollados y de 5.4 a 7.0 en los países en desarrollo, lo que hace suponer que México puede llegar a tener de 8 hasta 12 por ciento de individuos de 60 o más años, con lo que para el año 2000 podríamos tener hasta 12 millones de viejos en México. La importancia de estas proyecciones,

en particular el número absoluto y relativo de la población en fase de envejecimiento, está determinada en función de la capacidad de la sociedad para responder a la problemática propia de una población senecta que aumenta progresivamente. (1,2,3,4)

La vejez y sus repercusiones en el ser humano

La vejez es el periodo de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se acentúan cada vez más en comparación con anteriores épocas de la existencia. (5)

Se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales. Las manifestaciones de los cambios biológicos se relacionan fundamentalmente con las declinaciones físicas y fisiológicas del ser humano y pueden considerarse como continuación del deterioro que empieza en la edad adulta.

Los cambios que ocurren en la vejez, desde el punto de vista psicológico, tienen componentes cognoscitivos, afectivos y psicomotores; muchas veces la personalidad del anciano está dominada por la angustia con respecto a su estado de salud, o por la depresión ante el hecho de que mueran los miembros de su familia y desaparezcan sus amigos, así como a la realidad de su propia muerte más o menos inminente. (7)

Los cambios sociales del envejecimiento son evidentes, ya que éste suele traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la sociedad. En términos muy generales parece existir una restricción en los espacios sociales para los viejos; las estrecheces económicas y las enfermedades pueden provocar que el ámbito vital de los ancianos se reduzca mucho, lo cual si se exagera, provoca el total aislamiento social.

Aún cuando los cambios biológicos presentados con la edad son bastante semejantes en todas las sociedades, el rol asignado a las personas de edad avanzada presenta grandes variaciones de una sociedad a otra. (1,4,8)

Según nuestra estructura social, los viejos son considerados como seres inferiores, improductivos y cuya aportación es nula. Por ejemplo, la "tasa de dependientes" es un término empleado para designar el número de individuos por encima de los 65 años y por debajo de los 18 años. El hecho de considerar a una persona como "dependiente" implica que debe atenerse a la benevolencia de la sociedad para su mantenimiento, habitación y cuidados de salud. (4)

Estas concepciones aprendidas socialmente, son reflejadas por los profesionales de la salud, quienes frecuentemente manifiestan rechazo hacia los ancianos en los diversos niveles de atención. Cuando esto se manifiesta dentro de los ámbitos clínicos en donde se ejerce la docencia, es de suponerse que estas mismas actitudes negativas hacia los ancianos son igualmente aprendidas por los estudiantes en formación. (8-9)

II. JUSTIFICACIÓN

La investigación por realizar se justifica desde los puntos de vista social y educativo, ya que los ancianos dentro de nuestra sociedad juegan un importante papel, al igual que en el terreno médico.

En el plan de estudios del Programa de Medicina General Integral, se carece de un programa especial orientado al conocimiento del paciente anciano y para poder diseñarlo, necesariamente, tenemos que conocer cuáles son las opiniones de los alumnos hacia los ancianos, en este caso aquellos que están concluyendo sus estudios profesionales en la carrera de medicina. Dentro del plan de estudios, sólo se estudiaba al hombre hasta su etapa de "adulto" descuidando la etapa de vejez; en los documentos modulares, existen sólo algunas unidades que hablan específicamente sobre los ancianos. (10,11,12)

Con base en los resultados obtenidos podrán diseñarse estrategias específicas dirigidas al conocimiento del anciano como las que se están llevando a cabo en algunas universidades en el extranjero. (15)

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN), en nuestro país cada vez va aumentando debido a los avances de la ciencia y a la organización de los servicios de salud; año con año va aumentando el número de ancianos, los cuales llevan consigo sus problemas de salud, siendo necesario que las escuelas de medicina, cuenten con programas educativos específicos para el conocimiento y atención del paciente anciano. Dicho lo anterior, es de interés para nosotros conocer a través de esta investigación, la dirección de aceptación-o no aceptación-hacia los ancianos por parte de

los alumnos, especialmente cuando las actitudes de rechazo son manifestadas por los profesionales de la salud, y tienen como consecuencia que la problemática propia hacia los ancianos se vea acrecentada. (13)

III. MARCO CONCEPTUAL

La definición del problema que nos ocupa, parte de observaciones empíricas por las que nos percatamos de que frecuentemente los prestadores de servicios de salud, a nivel institucional o privado, manifiestan conductas desfavorables hacia los ancianos; observaciones que han sido corroboradas por algunos reportes como el de Rosenblueth⁽¹⁴⁾ los cuales indican que las personas pertenecientes a este grupo de edad, no asisten a las instituciones de salud en demanda de atención médica, en virtud del trato despótico recibido, por el burocratismo en los procedimientos para proporcionarles atención y de la escasa o nula atención a sus problemas de salud.

El presente estudio, que pretendo ser de carácter exploratorio, estaba enfocado al conocimiento de las opiniones de los estudiantes del PMGI hacia los ancianos, al término de la carrera, dado que al existir solamente algunos contenidos teóricos en forma de unidades didácticas en los documentos, en relación con la vejez,^(10, 11, 12) es probable que esta carencia en el currículum del plan de estudios dé como resultado que los estudiantes egresados tengan opiniones desfavorables hacia los ancianos.

La pregunta planteada es: ¿Cuáles son las opiniones de los alumnos del Programa de Medicina General Integral al terminar su formación

profesional, hacia los ancianos?

En una segunda etapa de la investigación se intentará conocer cuáles son las opiniones hacia los ancianos de los alumnos que ingresan al PMGI y que obviamente, no han tenido ningún contacto con los contenidos y prácticas educativas del plan de estudios. Esta segunda etapa no forma parte de los propósitos de la presente investigación. Igualmente, en una tercera etapa, también fuera de los alcances del presente estudio, y en forma posterior a la implementación del Programa de Introducción a la Geronto-geriatria⁽²⁾ se llevará a cabo nuevamente el estudio para conocer el impacto del programa mencionado.

ANTECEDENTES

En relación al problema que nos ocupa, no existe ningún antecedente en el Programa de Medicina General Integral, de alguna investigación formal que nos pueda ser de utilidad para el presente estudio. Más aún, dentro de los objetivos educativos, aunque se contempla el ser humano como tema-objeto de estudio, generalmente se aborda al individuo únicamente como "adulto" sin particularizar sobre las características propias de esta etapa de la vida denominada vejez.

Por otra parte, los autores del presente trabajo llevaron a cabo una pequeña encuesta de opinión a dos grupos de alumnos de primer año en agosto de 1988, a quienes se les pidió que escribieran sus comentarios acerca del tema: ¿Qué es un viejo?. Las respuestas fueron muy variables: denotaron en muchos casos, sentimientos de compasión, ambivalencia hacia las personas de esta edad; en otros casos se percibía angustia por la posibilidad de llegar a viejo, y en algunos casos se llegó

a percibir rechazo a la sola idea que les representaba el concepto de viejo.

La revisión de la bibliografía mexicana de los últimos cinco años no arrojó ningún reporte de estudios similares en estudiantes mexicanos.

En la Facultad de Psicología de la UNAM se realizó una tesis de licenciatura que investigó las actitudes de estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias hacia la vejez. Aún no se conoce el reporte final.

En la literatura médica internacional, Brocklehurst⁽⁸⁾ afirma que "al parecer existe mucha simpatía por parte de otros sectores de la sociedad hacia los ancianos, más todavía que para otros sectores denominados 'dependientes'; sin embargo, con mucha frecuencia hay una gran brecha entre la simpatía y la acción." Galinsky⁽¹⁵⁾ reporta que las actitudes de los estudiantes de medicina hacia los ancianos muestra una tendencia hacia las actitudes favorables al comenzar sus estudios e incluso consideran que son necesarios cursos de entrenamiento especializado en el manejo de problemas médicos de la vejez. El mismo autor ha estudiado también las modificaciones en las actitudes de los estudiantes de medicina hacia los ancianos, después de haber llevado cursos de geriatría. Aunque la muestra fue considerada demasiado pequeña para extraer conclusiones (treinta alumnos) el autor afirma que por lo menos el hecho de trabajar con pacientes ancianos, resultó menos desagradable al finalizar el curso, que antes de comenzarlo.⁽¹⁶⁾

Para reforzar lo encontrado por Galinsky citamos el estudio realizado por Murden y cols.⁽¹⁷⁾ en alumnos de cuarto año de la carrera de Medicina en Nueva York, en donde las actitudes de los estudiantes no cambiaron

después de haber llevado un curso en geriatría, pudiendo ser debido esto a que presentaban ya de por sí actitudes favorables desde antes de la instrucción, o a factores inherentes al curso o a la falta de una evaluación previa, la cual correlacionara sus actitudes y su conducta; pero sí se encontró importante mejoría en sus conocimientos de geriatría, además de haber adquirido experiencias favorables obtenidas por la rotación en casas-hogar para ancianos y trabajo comunitario; concluyendo que esto último es un importante componente del currículum del plan de estudios.

Otra investigación llevada a cabo en alumnos de tercer año de la carrera de Medicina en Ohio⁽¹⁸⁾ reporta resultados favorables en cuanto al cambio de actitudes de los estudiantes después de un curso gerontológico de 25 horas de duración, notando mayor cambio de actitudes en los varones que en el grupo femenino, lo cual tuvo una diferencia estadística significativa. Otro dato importante fue que los estudiantes, quienes planearon estudiar la especialidad en Medicina Familiar mostraron actitudes más favorables hacia la vejez que los estudiantes que estuvieron a favor de otras especialidades médicas. En esta revisión se concluye que las experiencias relativas a la atención del anciano y el entusiasmo de los facultativos en el rol de modelos en la medicina geriátrica, de forma temprana en la instrucción en la escuela de medicina, puede fomentar el desarrollo de actitudes positivas en los estudiantes de medicina. (20,21,22)

Se ha hablado ya de la presencia de actitudes negativas o indiferencia hacia la atención o educación entre estudiantes, docentes y personal paramédico, siendo éstas semejantes a las de la sociedad en general y

son consideradas frecuentemente como causa de la mala atención geriátrica y de la inercia de los docentes-médicos en incorporar cursos básicos de conocimientos geronto-geriátricos dentro del currículum de las escuelas de medicina. Pues bien, se considera que los educadores médicos, quienes están en contacto con los alumnos en sus primeros años de la carrera juegan un importante papel en la educación médica-proceso de socialización, ya que éstos favorecen mayormente las actitudes hacia los pacientes geriátricos y la atención médica profesional. Un estudio sociológico⁽²¹⁾ de los estudiantes en facultades de medicina sostiene que la formación de actitudes en los médicos jóvenes es dependiente de la interacción entre las actitudes de los médicos del curso y las de éstos en su desenvolvimiento como académicos y médicos clínicos, y de la organización de la escuela de medicina.

Citaremos otra investigación efectuada en la Universidad de Nottingham 1979-80 y en la Universidad de Leeds 1981-82⁽²²⁾, en que la primera cuenta con un departamento de atención a la vejez y la segunda no, ambos grupos de estudiantes mostraron en general actitudes semejantes hacia el envejecimiento, pero los estudiantes de Nottingham mostraron actitudes médicas más positivas hacia la atención de la vejez, reflejándose esto en sus preferencias.

El curso de Nottingham también contiene primordialmente atención comunitaria e investigación científica en la fase preclínica, por lo cual se concluye que los estudiantes de medicina, quienes cuentan con un departamento de salud para los ancianos, muestran actitudes más positivas a los alumnos que no cuentan con él.

Citaremos un estudio más, realizado por la U.S. Health Resources Administration en julio de 1979⁽²³⁾, la cual desarrolló un modelo de

estudio en geriatría de pregrado dentro del currículum agregando 15 unidades modulares, que trataban sobre diferentes tópicos en relación con la vejez y en la que participaron 10 escuelas de medicina, se utilizaron los módulos de septiembre de 1982 a abril de 1983; y las conclusiones obtenidas fueron que no basta estudiar éstos para cambiar las actitudes de los estudiantes, pues es necesario que aparte del área cognoscitiva, ellos tengan práctica clínica con los ancianos y estén en estrecho contacto con éstos al visitar las comunidades y las casas-hogar.

IV. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Conocer las opiniones de los alumnos de cuarto año de la carrera de medicina del Programa de Medicina General Integral al término de su formación profesional, hacia los ancianos.

2. Objetivos específicos

- 2.1 Determinar la intensidad con que se manifiestan las opiniones (favorables o desfavorables) de los estudiantes hacia los ancianos.
- 2.2 Conocer las opiniones de los estudiantes encuestados hacia los ancianos como grupo social.
- 2.3 Conocer las opiniones de los estudiantes encuestados hacia los ancianos como tema-objeto de estudio.
- 2.4 Conocer las opiniones del grupo en estudio hacia los ancianos como pacientes
- 2.5 Establecer las posibles relaciones entre las opiniones de los estudiantes hacia la vejez y las características sociodemográficas de los

encuestados.

- 2.6 Establecer las posibles relaciones entre las opiniones hacia los ancianos, detectadas en los estudiantes encuestados y la convivencia o no con personas mayores de 60 años.
- 2.7 Establecer las posibles relaciones entre la información recibida por los estudiantes en torno a la vejez y sus opiniones hacia ella.
- 2.8 Establecer las posibles relaciones entre las opiniones hacia los ancianos y la convivencia de los alumnos con familiares dedicados al área de la salud.

V. UNIVERSO DE ESTUDIO, LUGAR Y TIEMPO

1. Universo de Estudio

Está constituido por 101 alumnos de cuarto año de la carrera de medicina del Programa de Medicina General Integral, al término de su formación profesional.

1.1 Sujeto de estudio

Alumnos regulares inscritos en el cuarto año de la carrera para el periodo escolar 1988, en el Programa de Medicina General Integral y egresen de este plan de estudios en noviembre de 1988.

1.2 Criterios de inclusión

Serán incluidos todos los alumnos que tengan la característica antes señalada

1.3 Criterios de exclusión

serán excluidos todos los alumnos que tengan alguna de las siguientes características:

1.3.1 Extranjeros

1.3.2 Que provengan de otro plan de estudios, habiendo cursado parte de la carrera por más de tres meses.

1.3.3 Que hayan recibido algún entrenamiento específico fuera del PMGI en relación con la vejez.

1.4 Criterios de eliminación : quienes no llenen completo el cuestionario

2. LUGAR Y TIEMPO

El estudio se llevará a cabo los días: 3, 4, 8 y 9 de noviembre de 1988, en los Hospitales Generales de Zona: 27, 30, 3-A, 1 y 1-A del Instituto Mexicano del Seguro Social, en las aulas correspondientes, de las 9:00 a las 10:00 horas.

VI. VARIABLES

Variables Nominales Categóricas de la cédula.	Dicotómicas y Politómicas		
Sexo	masculino 1	femenino 2	
Estado civil	soltero 1	casado 2	otros 3
Lugar de procedencia	urbano 1	rural 2	
Lugar de residencia en los últimos 5 años			
Bachillerato realizado en:	Preparatoria UNAM 1		
	CCH UNAM 2		
	Colegio de Bachill. 3		
	Preparatoria Pop. 4		
	Colegio particular 5		
	Otro 6		
¿Vive con personas mayores de 60 años?		NO 1	SI 2
¿Ha recibido alguna información sobre vejez?		NO 1	SI 2
¿Ha participado en alguna actividad prestando algún servicio a los ancianos?		NO 1	SI 2
¿Convive con algún familiar dedicado al área de la salud?		NO 1	SI 2
Categorías del cuestionario sobre vejez	Opiniones		Clave
	A. Los ancianos como grupo social	Muy favorables	MF
	B. Los ancianos como tema-objeto de estudio	Favorables	F
	C. Los ancianos como pacientes	Indeciso	I
	D. Percepción de la propia vejez (alumnos)	Desfavorable	D
	Muy desfavorable	MD	
Escala:			
MF = 5, F = 4, I = 3, D = 2 MD = 1			

VII. PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN

Una vez que se tengan los cuestionarios contestados se procederá a codificar la Información tomando los puntajes obtenidos por ítem y por cuestionario, de acuerdo a la medición de una escala tipo Likert cinco puntos que reflejará los grados de "Acuerdo" o "Desacuerdo" en relación con los ítems del instrumento.

Muy favorable	-	5 puntos
Favorable	-	4 puntos
Indecisión	-	3 puntos
Desfavorable	-	2 puntos
Muy desfavorable	-	1 punto

Los ítems que estén redactados en forma negativa serán calificados en forma inversa, o sea, Muy desfavorables 5 puntos, Desfavorable 4 puntos y así sucesivamente, haciéndose de tal forma para corregir la calificación al sumar los puntajes.

VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo

2. UNIVERSO DE ESTUDIO

Nuestro universo de estudio serán todos los alumnos de 4º año de la carrera de medicina del PMGI, al término de su formación profesional, los cuales se encuentran distribuidos en cinco hospitales generales de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3. SELECCIÓN DE MEDIDAS Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS ESPECÍFICAS

Se usará la estadística descriptiva con base en frecuencias, porcentajes, rangos y se representarán por medio de tablas y gráficas.

IX. PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO DE CAPTACIÓN

1.1 Objetivos

Conocer las opiniones de los alumnos de 4º año de la carrera de medicina, al término de su formación profesional, hacia los ancianos.

1.2 Partes que componen el instrumento

El instrumento consta de dos partes, la primera correspondiente a la cédula con datos personales del encuestado y algunas preguntas cerradas y abiertas, con relación en la vejez y convivencia con familiares dedicados al área de la salud. La segunda, contiene los ítemes sobre opiniones hacia los ancianos.

Los ítemes serán aseveraciones redactadas tanto en positivo como en negativo para evitar las respuestas mecánicas por parte del encuestado, serán entre 20 y 25 ítemes aproximadamente.

El instructivo de llenado se anexará al instrumento en sus primeras páginas.

Los encuestadores -dos personas- se dirigirán a los hospitales generales de zona del IMSS, para entrevistarse con los médicos coordinadores del grupo de los alumnos del PMGI, y obtener su anuencia para que los alumnos contesten los cuestionarios, en caso de que llegaran a faltar algunos alumnos el día de la visita, se volverá al siguiente día, para completar el llenado de los cuestionarios.

X. PROCEDIMIENTOS DE ELABORACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

1. REVISIÓN DE DATOS

Revisar si están completos los cuestionarios y las respuestas de los ítemes.

2. CLASIFICACIÓN Y RECuento DE DATOS

El recuento de datos se hará en forma manual, con los datos obtenidos se clasificarán en dos tipos de formatos con ayuda de la computadora, a través del Programa LOTUS 1-2-3.

3. CÓMPUTO DE DATOS

La primera hoja de cálculo se llenará con los datos de la cédula ordenados por lugar de adscripción, en la segunda se registrarán los puntajes por ítem y por cuestionario, también por lugar de adscripción; ya registrados los datos de la segunda hoja de cálculo, se ordenarán los puntajes totales (por cuestionario), en forma descendente, para poder establecer rangos de puntaje de acuerdo al máximo y mínimo esperado, con nuestra escala tipo Likert de 5 puntos y poder visualizar la dirección desde lo "Muy favorable" hasta lo "Muy desfavorable", estos mismos pasos se seguirán ahora, por unidad de adscripción.

El siguiente paso será obtener los rangos por variable de estudio (grupos A, B, C y D) de los ítemes contenidos en éstos, de acuerdo con los puntajes totales obtenidos por cuestionario.

Enseguida se tratarán de relacionar las variables de la cédula con

las variables del cuestionario de opiniones.

4. PRESENTACIÓN DE DATOS

La presentación de los datos se hará usando cuadros, tablas y gráficas.

XI. PROGRAMACIÓN Y CONDUCCIÓN

- 1° Desarrollo de un protocolo de investigación que será presentado para su aprobación al Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UNAM.
- 2° Se someterá el instrumento al juicio de diez expertos para una primera prueba de validez y confiabilidad.
- 3° Se analizarán los resultados y se corregirá la prueba
- 4° Se aplicará el instrumento definitivo a la población por estudiar, acudiendo a sus lugar de adscripción por la mañana en un horario comprendido entre 9 y 10 a.m., previa autorización del médico-coordinador de actividades de los HGZ.
- 5° Se procederá a tabular y analizar los datos obtenidos por los cuestionarios.
- 6° Se registrarán los datos en los cuadros correspondientes
- 7° La presentación de los resultados se hará por medio de cuadros, tablas y gráficas.
- 8° Elaborar discusión y conclusiones finales.

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Se solicitará un permiso laboral a la UNAM, para la elaboración de la investigación

RECURSOS

Humanos: dos encuestadores (los investigadores)

Materiales: cuestionarios impresos, lápices

METODOLOGIA

La población estuvo constituida por 90 estudiantes de cuarto año de la Carrera de Medicina en el Programa de Medicina General Integral, al finalizar su último ciclo escolar, en noviembre de 1988, y que se encontraban rotando por cinco hospitales generales de zona del IMSS, como parte de su entrenamiento profesional. Esta población constituye el 98 por ciento de la totalidad de alumnos del cuarto año del PMGI. Durante la primera semana de noviembre de 1988 se aplicó a cada uno de los grupos de alumnos en sus respectivas unidades de adscripción, en una sola sesión, una encuesta constituida por un cuestionario dividido en dos secciones; la primera para datos personales del encuestado y la segunda formada por 23 ítems con aseveraciones sobre los ancianos a los que se les asignó un puntaje de acuerdo con una escala tipo Likert de 5 puntos; en donde los valores de las respuestas posibles fueron: totalmente de acuerdo = 5 puntos, de acuerdo = 4 puntos, indeciso = 3 puntos, en desacuerdo = 2 y totalmente en desacuerdo = 1. El cuestionario fue aplicado por los investigadores previa explicación e instrumentación. Los

alumnos dispusieron de 15 minutos para contestarlo. Los 23 ítems del cuestionario de opiniones corresponden a las 4 categorías consideradas necesarias para conocer la tendencia de las opiniones de los estudiantes hacia los ancianos; a saber: 1) los ancianos como grupo social, con 11 ítems; b) los ancianos como tema-objeto de estudio, con 5 ítems; c) los ancianos como pacientes, con 5 ítems y d) dos ítems sobre la percepción de la propia vejez de los encuestados.

Estos 23 ítems fueron mezclados unos con otros y presentados sin orden específico, numerados del 1 al 23, para evitar un sesgo por el orden de las preguntas. De la misma manera, para obtener respuestas no mecánicas, las aseveraciones se presentaron tanto en forma "positiva" (cuando al estar "Totalmente de acuerdo" con dicha aseveración significaría una opinión favorable hacia los ancianos), como en forma "negativa", (es decir, cuando el estar "Totalmente en desacuerdo" con la aseveración significase una opinión favorable hacia ellos.

Con anterioridad, el cuestionario en su versión original fue sometido a revisión en cuanto a redacción, utilidad, precisión y otros puntos relevantes, a un grupo de 10 jueces con formación y práctica profesionales afines al presente trabajo. Posteriormente se modificó en muchas de sus partes y se redujo hasta 25 ítems. Con ellos se diseñó un nuevo cuestionario que se aplicó a través de una prueba piloto a 10 estudiantes del mismo universo elegido al azar, que constituyeron el 10 por ciento de la población.

Dos estudiantes adscritos a cada uno de los cinco hospitales generales de zona contestaron el cuestionario. Nuevamente se efectuaron algunas modificaciones a éste y se eliminaron dos ítems, quedando el definitivo con 23 aseveraciones sobre opiniones hacia los ancianos y 11 preguntas sobre datos personales.

Las respuestas posibles de ambas secciones del cuestionario se

codificaron para facilitar su captación y tabulación.

Para obtener los puntajes alcanzados por los alumnos en el cuestionario sobre opiniones, se sumaron los puntajes de cada ítem, tomando en cuenta que para los resultados presentados en forma "negativa" la puntuación de la escala se consideró en forma inversa, es decir, que para estos ítems las respuestas: "Totalmente de acuerdo" tuvieron un valor de un punto; "De acuerdo" 2 puntos, "Indeciso" 3 puntos, "Desacuerdo" 4 puntos y "Totalmente en desacuerdo" 5 puntos.

Posteriormente se ordenaron los puntajes obtenidos por todos los alumnos en forma descendente. Una vez ordenados, se establecieron rangos de puntaje correspondientes a los cinco puntos de la escala que se encontraron entre el puntaje máximo teórico posible en el cuestionario (115 puntos) y el puntaje mínimo teórico (23 puntos), quedando establecidos como sigue: el más alto correspondió a valores entre 97 y 115 puntos que se interpretó como resultado de opiniones "Muy favorables" hacia los ancianos; el siguiente rango, en orden descendente, correspondió a valores comprendidos entre 79 y 96 puntos y se interpretó como de opiniones "Favorables hacia los senectos". De la misma forma, el rango comprendido entre 61 y 78 puntos, correspondió a opiniones ni favorables ni desfavorables, es decir, a "Indecisión"; el siguiente rango, comprendido entre 43 y 60 puntos se interpretó como resultado de opiniones "Desfavorables"; por último, el rango de puntos comprendido entre 23 y 42 puntos correspondió a opiniones "Muy desfavorables" hacia los ancianos. (Ver cuadro N° 1)

Cuadro 1

Rangos establecidos de todos los cuestionarios, en forma descendente de acuerdo a la escala tipo Likert

Escala		Puntos
TA	MF	97-115
A	F	76-96
I	I	61-73
D	D	43-60
TD	MD	23-42

En forma semejante, para cada una de las categorías o variables en las que se dividió el cuestionario (A, B, C y D), se establecieron rangos de puntaje de acuerdo también con una escala de cinco puntos que van desde "Muy favorable" en el puntaje más alto, a "Muy desfavorable" en el más bajo. Los rangos de puntos fueron: para la categoría "A", puntajes por arriba de 46 puntos se interpretaron como de opinión "Muy favorable" (MF); entre 38 y 46 puntos correspondió a opiniones "Favorables" (F); el rango intermedio, 29 a 37 puntos, se interpretó como "Indecisión"; puntajes entre 20 y 28 puntos correspondieron a opinión interpretada como "Desfavorable" y puntajes menores de 28 puntos (23 a 27) se asociaron con opiniones "Muy desfavorables" (MD). Para las categorías "B" (Los ancianos como tema-objeto de estudio) y "C" (los ancianos como pacientes) los puntajes máximos teóricos posibles y mínimos teóricos posibles fueron 25 y 5 puntos respectivamente. El rango entre 21 y 25 puntos se interpretó como de opinión "Muy favorable"; entre 17 y 20 puntos, como de opinión "Favorable"; entre 13 y 16 puntos, como

"Indecisión"; entre 9 y 12 puntos, como "Desfavorable" y entre 5 y 8 como "Muy desfavorable".

Para la categoría "D" (la percepción de su propia vejez) los puntajes máximo teórico y mínimo teórico posibles fueron 10 y 2 puntos respectivamente. Dado que esta categoría está constituida exclusivamente por dos ítems, no se consideró necesario establecer los mismos criterios de clasificación, por lo que los resultados se registraron en frecuencias y porcentajes de aceptación (a la propia vejez), de acuerdo a 3 rangos de puntaje: aceptación "alta" de 8 a 10 puntos; aceptación "media": 5-7 puntos y "baja" aceptación: de 2 a 4 puntos. (Ver cuadro N° 2).

Cuadro 2
Rangos de puntaje por variable de
acuerdo a la escala tipo Likert

	A	B	C	D
MF	47 ó más	21-25	21-25	
F	38-46	17-20	17-20	Alt. 8-10
I	29-37	13-16	13-16	Med. 5-7
D	20-28	9-12	9-12	Baj. 2-4
MD	23-27	5-8	5-8	

Los grupos de alumnos correspondientes a los rangos de opinión "Muy favorable", "Favorable", "Indecisión", "Desfavorable" y "Muy desfavorable" se relacionaron con los resultados de la encuesta de datos personales de los estudiantes. Por otra parte, todos los ítems de la categoría "B", por ser de particular interés para el desarrollo de materiales y contenidos de Gerontología y Geriátría en el Plan de Estudios del PMGI se consideraron además en forma individual, registrándose las frecuencias y porcentajes en que los alumnos respondieron a las diferentes

opciones en la escala de 5 puntos.

El procesamiento de la información se efectuó tanto en forma manual como por computadora. Los resultados se reportaron en forma global para toda la población en estudio y por unidad de adscripción.

XIII RESULTADOS

RESULTADOS

La población estudiada se formó por 90 estudiantes de cuarto año, que equivale al 90 por ciento de la totalidad de alumnos de este año escolar, distribuidos en cinco hospitales generales de zona del Instituto mexicano del Seguro Social

De la población estudiada, 49 fueron hombres (54 por ciento) y 39 mujeres (43 por ciento). La distribución de la población en estudio se presenta en el cuadro N° 3.

Cuadro 3

Distribución de la población de estudio por sexo y unidad de adscripción

Unidad de adscripción	Sexo							
	M	%	F	%	No. manif.	%	Sub-tot.	%
Hosp. Gral. de Zona N° 1	10	11	3	3	1	1	14	15
Hosp. Gral. de Zona N° 1-A	10	11	6	7			16	18
Hosp. Gral. de Zona N° 2-A	6	7	13	14			19	21
Hosp. Gral. de Zona N° 27	12	13	7	8			29	22
Hosp. Gral. de Zona N° 30	11	12	9	10	1	1	21	23
totales	49	54	39	43	2	2	90	100.0

El 44 por ciento de los hombres, y el 33 por ciento de las mujeres se encontraban solteros; el resto, 7 hombres y 9 mujeres estaban casados.

(Cuadro 4).

Cuadro 4
Distribución de la población por sexo y estado civil

Estado civil	M	%	F	%	No.manif.	sub-total	%
Solteros	40	44	30	33	2	12	80.0
Casados	7	8	9	10	-	16	18
No manif.	2	2	-	-	-	-	-
	49	54	39	43	2	88	98.00

El lugar de procedencia de 82 por ciento de los encuestados, era urbano y sólo el 14 por ciento procedían de zonas rurales. (Cuadro 5)

Cuadro 5
Distribución de la población de acuerdo al lugar de procedencia

Lugar de proced.	Nº	%
Urbano	74	82.2
Rural	13	14.4
No. manif.	3	3.3
	90	100.0

Provenían de preparatorias públicas 85 por ciento de los encuestados y de preparatorias privadas el 9 por ciento, 6 por ciento de otras escuelas. La distribución de los alumnos por lugar en donde se realizó el bachillerato se observan en el cuadro N° 6

Treinta y siete de cada cien de los encuestados manifestaron estar conviviendo con personas mayores de 60 años; el resto no convivían con personas de este grupo de edad. (Cuadro N° 7)

Cuadro 6

Distribución de la población de acuerdo con el lugar donde se realizó el bachillerato

Bachillerato realizado en:	N°	%
Esc. Preparatoria UNAM	19	21.1
Coleg. Cienc. y Hum.	47	52.2
Coleg. de Bach.	6	6.7
Preparatoria popular	5	5.5
Colegio privado	8	8.9
Otro	5	5.5

Cuadro 7

Frecuencia en que los estudiantes manifestaron convivencia con personas > 60 años

Conviv. 60 años	Núm.	%
Si	34	37.7
No	56	62.2
totales	90	100.0

El 73 por ciento de todos los estudiantes encuestados afirmaron que sí habían recibido alguna información sobre la vejez. La mayor parte de ellos refirieron haber recibido ésta dentro del Programa de Medicina General Integral. El resto (26 por ciento) manifestaron no haber recibido ninguna información (cuadro 8).

Cuadro 8

Frecuencia en que los estudiantes manifestaron haber recibido alguna información sobre los ancianos

Recibieron inf.	Nº	%
No	24	26.6
Si	66	73.3
totales	90	100.0

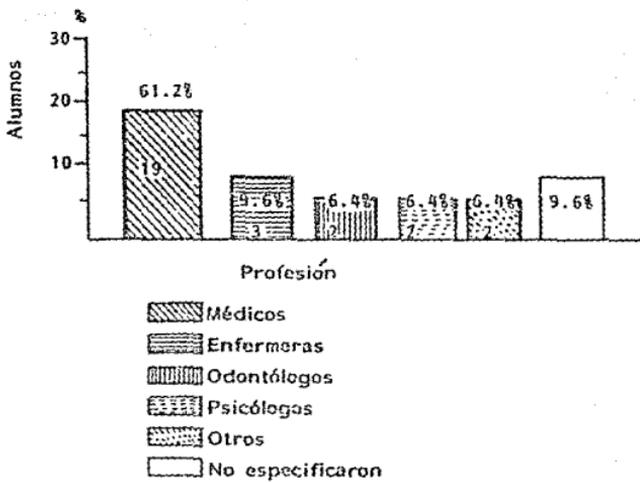
Sólo 22 por ciento (20 estudiantes) afirman haber participado en alguna actividad prestando servicios a los ancianos. Diez de ellos fueron hombres y nueve mujeres (cuadro 9).

Cuadro 9

Frecuencia en que los estudiantes encuestados manifestaron haber participado en alguna actividad con los ancianos, por sexo

Participaron	M	F	No. manf.	total	%
sí	10	9	1	20	22.2
no	39	30	1	70	77.7
totales	49	39	2	90	100.0

Gráfica No. 2



Frecuencia y tipo de profesional con que conviven el 34.4 por ciento de los estudiantes encuestados.

Treinta y cuatro de cada cien estudiantes convivían con personas dedicadas al área de la salud, predominando la convivencia con médicos, (61 por ciento); el resto, 59 estudiantes, no conviven con personas dedicadas a esta área. (Cuadro10).

Cuadro 10

Frecuencia con que los estudiantes encuestados manifestaron convivencia con personas dedicadas al área de la salud

Convivencia	Nº	%
No	59	65.5
Si	31	34.4
total	90	100.0

El tipo de personas con el que conviven los que así lo manifestaron se observa en el cuadro 11. (Gráfica 2)

Cuadro 11

Frecuencia y tipo de profesional con el que convive el 34.4% de los estudiantes encuestados

Tipos de prof.	Núm.	%
Médicos	19	61.2
Enfermeras	3	9.6
Odontólogos	2	6.4
Psicólogos	2	6.4
Otros	2	6.4
No especificaron	3	9.6
total	31	100.0

En la encuesta de opiniones sobre los ancianos, el puntaje máximo obtenido en todo el cuestionario por alumno fue de 103 puntos y el mínimo de 52 puntos, con un promedio de 85.2 puntos; el promedio por ítem y por alumno fue de 3.7 en la escala de 5 puntos (cuadro 12).

Cuadro 12

Puntajes y promedios obtenidos en todo el cuestionario

Puntaje máximo en el instrumento	103
Puntaje mínimo	52
Promedio	85.2
Promedio de puntos por ítem y por alumno	3.7

El promedio de puntos en el cuestionario y de puntos por ítem y por alumno obtenidos por los estudiantes encuestados en cada Unidad de adscripción, se encuentran en el cuadro 13.

Cuadro 13

Promedio de puntos por ítem y por alumno, en las cuatro categorías por unidad académica

Unidad de adscrip.	A	B	C	D
Nº 1 G, Mancera	3.73	3.8	3.6	3.8
Venados	3.85	3.6	3.3	4
Troncoso	3.84	3.92	3.41	3.6
HGZ Nº 30	3.62	3.70	3.36	4.1
HGZ 27	3.83	3.86	3.43	3.68

El promedio de puntos por ítem y por alumno obtenidos en la categoría "A" (los ancianos como grupo social) fue de 3.7 en la escala de 5 puntos, en la categoría "B" (los ancianos como tema objeto de estudio) el promedio de puntos por ítem y por alumno fue de 3.78 en la misma escala. En la categoría "C" (los ancianos como pacientes) el promedio ítem/alumno fue de 3.43. En la categoría "D" (la percepción de su propia vejez) el promedio de puntos por ítem y por alumno fue de 3.77 en la escala de 5 puntos.

Siete alumnos (7.7 por ciento) tuvieron opiniones "Muy favorables" hacia los ancianos; 66 de los encuestados (76 por ciento) correspondieron a opiniones "Favorables", 16 (14.4 por ciento) quedaron incluidos dentro de los que manifestaron opiniones ni favorables ni desfavorables, es decir, "Indecisión" y sólo un estudiante quedó dentro del rango de opinión "Desfavorable" hacia los ancianos. Dentro del grupo de opiniones "Muy desfavorables" no se encontró ningún caso (cuadro 14).

Cuadro 14

Frecuencias obtenidas en el cuestionario de opiniones,
de acuerdo a la escala tipo Likert

Escala	Nº alumnos	%
MF	7	7.7
F	66	76.6
I	16	14.4
D	1	1.1
MD	-	-
Total	90	100

Con respecto a las cuatro categorías en las que se dividió el cuestionario de opiniones sobre los ancianos, los resultados fueron los siguientes: de la categoría "A" (los ancianos como grupo social), el porcentaje de opiniones "Muy favorables" fue de 23 por ciento, de "Favorables" 71 por ciento, de "Indecisión" 5.5 por ciento y de opiniones tanto "Desfavorables" como "Muy desfavorables", no se registró ningún caso. Cuadro 15.

Cuadro 15

Frecuencias y porcentajes de las opiniones del cuestionario de acuerdo a la escala tipo Likert en la categoría "A"

	No.	%
MF	21	23.3
F	60	71
I	5	5.5
D	-	
MD	-	
Total	90	99.8

De la categoría "B" (los ancianos como tema-objeto de estudio) los resultados fueron: opiniones "Muy favorables" 29 por ciento, "Favorables": 49 por ciento, "Indecisión": 20 por ciento y "Desfavorables": 2 casos. No se registraron opiniones del tipo "Muy desfavorables". (Cuadro 16)

Cuadro 16

Frecuencias y porcentajes de las opiniones del cuestionario, en la categoría "B" (los ancianos Como tema-objeto de estudio)

	B	
	No.	%
MF	26	29
F	44	49
I	18	20
D	2	2.2
MD	-	0
total	50	100

Con respecto a la categoría "C" (los ancianos como pacientes) los resultados fueron: opiniones "Muy favorables": 12 por ciento; "Favorables" 45.5 por ciento; "Indecisión": 37 por ciento; "Desfavorable": 5.5 por ciento (5 casos) , "Muy desfavorable": no se registró ningún caso.

(Cuadro 17)

Cuadro 17

Frecuencia y porcentaje de la categoría "C" (los ancianos como pacientes)

	C	
	No.	%
MF	11	12
F	41	45
I	33	37
D	5	5.5
MD	-	-
total	90	100.0

En la categoría "D" (la percepción de la propia vejez), el puntaje máximo fue de 10 puntos (igual al máximo teórico posible) y el mínimo de 2 puntos (igual al mínimo teórico posible). El promedio de puntos en esta categoría fue de 7.54. El promedio por ítem/alumno fue de 3.77 puntos en la escala de 5 puntos.

Al rango de aceptación "alta" correspondieron el 54.4 por ciento, al de aceptación "media" 38.9 por ciento y la aceptación "baja": 6.66 por ciento. (Cuadro 18)

Cuadro 18
Porcentajes de aceptación Alta, Media y Baja hacia los ítems de la categoría "D": la percepción de la propia vejez

Aceptación	puntaje en los ítems	Nº alumnos	%
Alta	8-10	49	54.44
Media	5-7	35	38.88
Baja	2-4	6	6.66
total		90	100.00

Al relacionar las opiniones de los estudiantes encuestados con las variables de la cédula de datos personales, se obtuvieron los siguientes resultados: 12 por ciento en los varones, 2.6 por ciento en las mujeres, y 2 alumnos que no manifestaron sexo, tuvieron opiniones "Muy favorables". A "Indecisión" correspondieron: 18.4 por ciento en los hombres y 14.2 en las mujeres. Con opiniones "Desfavorables" sólo se registró un caso del sexo masculino. (Cuadro 19)

Cuadro 19

Frecuencia de las opiniones de los alumnos, de acuerdo a la escala tipo Likert, relacionada con la variable sexo

	M	%	F	%	Total	No manif.
MF	6	12.2	1	2.6	7	2
F	33	67.3	31	79.5	64	
I	9	18.4	7	14.2	16	
D	1	2.0			1	
MD	-					
	49	100	39	100	88	2

En cuanto al lugar de procedencia, 8 por ciento de los alumnos procedentes del área urbana, tuvieron opiniones "Muy favorables"; 73 alumnos manifestaron opiniones "Favorables" y 19 por ciento estuvieron "Indecisos". En este grupo no se encontraron opiniones "Desfavorables" ni "Muy desfavorables". Del grupo de procedencia rural, 1 caso (7.8) correspondió a opiniones "Muy favorables"; 9 (69.2%) manifestaron opiniones "Favorables"; (15.3%) se encontraron dentro del rango de "Indecisión" y un solo caso manifestó opiniones "Desfavorables". Tampoco en este grupo hubo opiniones "Muy desfavorables". (Cuadro 20)

Cuadro 20

Frecuencia de las opiniones de los alumnos de acuerdo a la escala tipo Likert relacionada con la variable "Lugar de procedencia"

	U	%	R	%	Subtotal	No manif.
MF	6	8	1	7.7	7	3
F	54	78	9	69.2	63	
I	14	19	2	15.38	16	
D	-		1	7.7	1	
MD	-		-			
	74	100	13	100	87	3

Con respecto al tipo de escuela en que se realizó el bachillerato, se observó lo siguiente: del grupo de alumnos procedentes de preparatorias públicas, 6 estudiantes (8%) manifestaron opiniones "Muy favorables"; 74 por ciento (57 estudiantes) expresaron opiniones "Favorables"; 17 por ciento se encontraron dentro del rango de "Indecisión" y sólo un caso correspondió a opiniones "Desfavorables". No se registraron opiniones "Muy desfavorables".

Del grupo de estudiantes procedentes de preparatorias privadas sólo un caso (7.7%) tuvo opiniones "Muy favorables"; 9 (69.2%) manifestaron opiniones "Favorables" y 3 (23%) se encontraron dentro del rango de "Indecisión". No hubo casos de opiniones calificadas como "Desfavorables" ni "Muy desfavorables". (Cuadro 21)

Cuadro 21

Frecuencia de las opiniones de los alumnos, de acuerdo con la escala tipo Likert, relacionada con la variable bachillerato

	Publ.	♀	Priv.	♂	totales
MF	6	8	1	7.7	7
F	57	74	9	69.2	66
I	13	17	3	23	16
D	1	1			1
MD					
Total	77	100	13	100	90

Los resultados obtenidos en relación con la convivencia con personas mayores de 60 años, del grupo de alumnos que no convivían con este grupo etéreo, 5.3 por ciento (3 casos) expresaron opiniones "Muy favorables"; 78 por ciento (44 casos) manifestaron opiniones "Favorables"; 14 por ciento (8 casos) se encontraron en el rango de "Indecisión" y sólo un caso tuvo opiniones "Desfavorables". No se registraron opiniones "Muy desfavorables".

De los estudiantes encuestados que afirmaron estar conviviendo con personas mayores de 60 años, 4 alumnos (11.8%) tuvieron opiniones "Muy favorables"; 22 (64.7%) correspondieron a "Favorables" y 8 (23.5%) estuvieron "Indecisos". En este grupo no hubo casos de opiniones "Desfavorables" ni "Muy desfavorables". (Cuadro 22)

Cuadro 22

Frecuencia de las opiniones de los alumnos, de acuerdo con la escala tipo Likert, relacionada con la variable "convivencia con personas > 60 años"

	No	%	Si	%	Total
MF	3	5.3	4	11.8	7
F	44	78.6	22	64.7	66
I	8	14.3	8	23.5	16
D	1	1.8			1
MD	-		-		
Total	56	100	34	100	90

En relación con haber recibido información sobre la vejez los resultados fueron: 12.5 por ciento (3 casos) del grupo de los alumnos que afirman que no habían recibido ninguna información correspondieron a opiniones "Muy favorables"; 17 (70.0%) tuvieron opiniones "Favorables"; 12.5 por ciento (3) se manifestaron como "Indecisos" y sólo un caso se encontró dentro del rango de opiniones "Desfavorables". No hubo opiniones "Muy desfavorables" en este grupo.

De los alumnos que si habían recibido alguna información sobre la vejez, 4 estudiantes (5.1%) correspondieron a opiniones "Muy favorables"; 49 (74.2%) expresaron opiniones "Favorables" y 13 (19.7%) se encontraron como "Indecisos". No se registraron opiniones "Desfavorables" ni "Muy desfavorables". (Cuadro 23)

Cuadro 23

Frecuencia de las opiniones de los alumnos, de acuerdo con la escala tipo Likert, relacionada con la variable "información sobre vejez"

	No	%	Si	%	totales
MF	3	12.5	4	6.1	7
F	17	70.8	49	74.2	66
I	3	12.5	13	19.7	16
D	1	4.1			1
MD					
Total	24	100	66	100	90

En cuanto a la variable "¿Ha participado en alguna actividad prestando algún servicio a los ancianos?", encontramos lo siguiente: del grupo de estudiantes que no han prestado ningún servicio a este grupo de edad, 4 (5.8%) tuvieron opiniones "Muy favorables"; 50 (72.5%) manifestaron opiniones "Favorables"; 14 (20.3%) se encontraron dentro del rango de "Indecisión" y sólo un alumno registró opiniones desfavorables. No se registraron opiniones "Muy desfavorables".

De los estudiantes encuestados que sí habían participado en este tipo de actividades, 3 casos (15%) obtuvieron opiniones "Muy favorables"; 15 (75%) manifestaron opiniones "Favorables" y 2 (10%) se encontraron dentro del rango de "Indecisión". No se registraron casos de opiniones "Desfavorables" ni "Muy desfavorables". (Cuadro 24)

Cuadro 24

Frecuencia de las opiniones de los alumnos, de acuerdo con la escala tipo Likert, relacionada con la variable "Ha participado en alguna actividad prestando algún servicio a los ancianos"

	No	%	Si	%	Total	No manif.
MF	4	5.8	3	15	7	
F	50	72.5	15	75	65	1
I	14	20.3	2	10	16	
D	1	1.4			1	
MD						
Total	69	100	20	100	89	1

Finalmente, en relación con la convivencia con personas dedicadas al área de la salud, los resultados fueron como sigue: el grupo de estudiantes encuestados que no convivían con personal dedicado a esta área, 5 casos (86%) tuvieron opiniones "Muy favorables"; 50 (69%) expresaron opiniones "Favorables"; 12 (20.7%) se encontraron "Indecisos" y un sólo caso manifestó opiniones "Desfavorables". No se registraron opiniones "Muy desfavorables".

Del grupo de alumnos que sí convivían con personal dedicado al área de la salud, 2 casos (6.4%) tuvieron opiniones "Muy favorables"; 25 (80.6%) tuvieron opiniones "Favorables" y 4 (13%) se encontraron dentro del rango de "Indecisión".

No se registraron opiniones "Desfavorables" ni "Muy desfavorables". (Cuadro 25)

Cuadro 25

Frecuencia de las opiniones de los alumnos, de acuerdo a la escala tipo Likert, relacionada con la variable "Convive con algún familiar dedicado al área de la salud"

	No	%	Si	%	Total	No manif
MF	5	8.6	2	6.4	7	
F	40	69	25	80.6	65	1
I	12	20.7	4	13	16	
D	1	1.7			1	
MD						
total	58	100	31	100	89	1

XIV DISCUSSION

XIV - DISCUSION

De lo anterior podemos concluir que el presente trabajo, no obstante que es apenas una aproximación al conocimiento de las opiniones y de las actitudes de los alumnos egresados del Programa de Medicina General Integral, hacia los ancianos, permitió identificar que las opiniones en general hacia los individuos de este grupo de edad tienden hacia lo favorable, ya que el mayor porcentaje (76 por ciento) correspondió a este rango.

Estas actitudes favorables hacia los ancianos como grupo social probablemente son propiciadas por el acceso de este grupo de estudiantes a la educación superior; lo esperado sería encontrar lo que ocurre en la vasta mayoría de la población de todas las culturas; que tienen conductas negativas hacia las personas viejas, algunas veces inconscientemente, pero también muchas veces, consciente y activamente. Estas conductas conforman un conjunto de prejuicios, estereotipados y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función a su edad. Los prejuicios contra la vejez, como cualquier otro, son adquiridos durante la infancia y luego se van asentando y racionalizando durante el resto de la vida de los seres prejuiciosos. En un intento por explicar el origen de este prejuicio, Buse* señala que, "en cierto momento, durante los años de formación (...) los niños observan que la vejez va asociada a la declinación mental y física (...). Las personas en desarrollo ven estos

* Citado por L. Salvarezza, Psicogeriatría...op cit.

cambios indeseables que acompañan a la vejez e inconscientemente rechazan tanto al proceso de envejecimiento como a las personas que son 'portadoras' de él".

Otro factor que se agrega, es la propensión humana de hostilidad a los discapacitados, con los cuales son identificados los viejos. El temor, es la base de esta hostilidad y la ignorancia la prolonga. Por el contrario, el conocimiento, la información y la educación mejoran estas actividades. Esta es, probablemente, una de las razones por las cuales, los estudiantes manifiestan actitudes favorables hacia los ancianos, no obstante que hayan recibido quizá poca información sobre la vejez.

De cualquier forma, estos sentimientos irracionales, estructurados en conductas prejuiciosas, están ampliamente extendidos en toda la población, pero son especialmente peligrosos cuando los poseedores de ellos son los médicos o psicólogos que tienen a su cargo la responsabilidad de la salud física y mental de los viejos.

Es por lo tanto, un resultado promisorio el hecho de que un alto porcentaje de los alumnos encuestados manifestó opiniones favorables hacia los ancianos como tema-objeto de estudio (78 por ciento), lo cual se traduce como una amplia disposición e interés por conocer más y mejor a los ancianos, lo que redundará seguramente en actitudes más positivas hacia ellos, ya que mediante la educación, como proceso integral que busca la superación del individuo y combatir la ignorancia, es posible obtener mayores conocimientos y mejorar las normas de conducta.

Por otra parte, no deja de llamar la atención la poca aceptación hacia los ancianos como pacientes; en primer lugar, por que esto puede reflejar de una manera más fiel quizá, la verdadera actitud de los jóvenes ante una realidad más cercana y posible, como lo es la interacción, médico-paciente anciano.

Otro factor que pudiese incidir en esta actitud, se deriva de la conceptualización que se tiene de la salud, desde el punto de vista del rol médico influido por la formación universitaria y la medicina institucionalizada, en la cual la ciencia y la medicina han estado históricamente más preocupados por la "anormalidad" que por la prevención y el mantenimiento de la salud. La relación entre edad cronológica y enfermedad es bien conocida y está bien documentada en las tablas de expectativa de vida al nacer y en los estudios epidemiológicos sobre la distribución de las enfermedades por edades.

Esta visión de la realidad, refuerza los prejuicios que generalmente tienen los profesionales de la salud, con ideas tales como el creer que un alto porcentaje de los viejos se encuentran hospitalizados o viven en instituciones especializadas; o bien que éstos pasan mucho tiempo en cama, debido a sus enfermedades, lo cual, de acuerdo con investigaciones realizadas al respecto resulta inexacto y poco favorecedor para los ancianos; o el estereotipo de que ellos desarrollan más fácilmente infecciones y tienen más accidentes, aunque en realidad hay entre éstos, muchas menos condiciones agudas de este tipo que entre las personas más jóvenes.

Es muy probable que en el caso de muchos alumnos, la experiencia personal desempeñe un papel definitivo en la formación de tales actitudes. El contacto con familiares de avanzada edad, enfermos e incapacitados, o la proximidad con algún paciente viejo hospitalizado y quizá moribundo, pudiera tener como efecto el rechazo a la atención de enfermos de esta edad.

Sin embargo, no sólo las experiencias previas pueden motivar este tipo de actitudes; es innegable la importancia de dos instituciones dominantes, el hogar y la escuela. Lo que se aprende de padres y maestros ejerce su influencia precisamente porque penetra en la vida del niño y el joven durante el periodo más impresionable de ella, cuando lo que declaran los adultos se encuentra rodeado por un halo de omnisciencia.

En el PMGI, las actitudes hacia los ancianos manifestadas por los profesores de 1o. y 2o. nivel, consciente o inconscientemente, son decisivas en las actitudes adoptadas y posteriormente manifestadas por los alumnos en este aspecto.

Otra fuente de aprendizaje y asimilación de tales actitudes es la institución donde los alumnos desempeñan por lo menos la mitad de su formación profesional: el Instituto Mexicano del Seguro Social. Para nadie es desconocido el poco o nulo interés que la medicina institucionalizada presta a los viejos, en todos sus niveles de atención.

Se debe reflexionar acerca del papel que los docentes en la educación médica pueden desempeñar como agentes de cambio de las actitudes de los estudiantes hacia los ancianos como pacientes, y redoblar esfuerzos para proporcionar a los alumnos contenidos educativos y estrategias de aprendizaje que les permitan conocer más y mejor a los ancianos de nuestro país, y lograr con ello, que los nuevos profesionales de la salud egresados de nuestras escuelas, sirvan a este ya importante grupo social del que más tarde o más temprano todos formaremos parte.

La percepción de la propia vejez de los encuestados parece no ser un factor determinante en este resultado, ya que más de la mitad (54.4 por ciento) tienen una alta aceptación a la idea de llegar a viejo.

Factores como sexo, lugar de procedencia, convivencia con ancianos, etcétera, parecen no ser condiciones de las opiniones favorables de los estudiantes. Sin embargo, llama la atención el alto porcentaje de convivencia con profesionales de la salud, lo que de algún modo, sí puede tener relación con la forma en la que perciben a los ancianos y las actitudes que se tienen para con ellos.

La revisión de algunos contenidos del área geronto-geriátrica dentro del plan de estudios del PMGI, el contacto con los ancianos en su práctica cotidiana en los hospitales de zona del IMSS, y en general, todo el recorrido por los cuatro años de la carrera de medicina dentro del Programa de Medicina General Integral pueden ser los factores más importantes que condicionan opiniones favorables hacia los ancianos.

XV CONCLUSIONES

XV - CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio cumplieron los objetivos planteados, ya que logramos conocer la dirección e intensidad de las opiniones de los alumnos de cuarto año de la carrera de medicina del Programa de Medicina General Integral hacia los ancianos.

Nuestro estudio es representativo ya que la población encuestada fue del 98 por ciento; dentro de ésta, la mayor parte fueron mujeres (54 por ciento), siendo de interés, que el sexo femenino cada vez más, juega un papel importante dentro del área médica; la edad promedio de los alumnos fue de 22.8 años.

Al analizar los datos, es interesante saber que la dirección de las opiniones de los alumnos hacia la vejez fue "Favorable" en su mayoría, ya que se esperaba un puntaje máximo posible de 115 puntos y el promedio encontrado fue de 85.2 puntos. Se observa también esta dirección en el promedio de puntos por ítem y por alumno que fue de 3.7 en la escala de 5 puntos.

Las opiniones obtenidas por Unidad de adscripción fueron francamente "Favorables", con pocas opiniones "Muy favorables", siendo el Hospital general de zona # 30 el que presentó más puntajes "Favorables" que el resto de las unidades.

En cuanto a los puntajes registrados en las categorías A, B, C y D, aunque aparentemente no hubo gran diferencia en el promedio de puntos por ítem y por alumno, un análisis particularizado de los resultados de cada una de las categorías, pone de manifiesto algunas diferencias que pueden observarse en la comparación de los porcentajes de cada categoría.

Así encontramos que en la categoría "A" (los ancianos como grupo social), 81 por ciento de los alumnos tuvieron opiniones "Favorables" o "Muy favorables". Dando interpretación a esto, podemos decir que los alumnos consideran a los ancianos de manera positiva, de lo cual se infiere que para ellos este grupo merece ser tomado en cuenta en la sociedad. En la categoría "B" (los ancianos como tema-objeto de estudio) encontramos también que el 78 por ciento de los alumnos tuvieron opiniones "Favorables" o "Muy favorables", por lo que podemos decir que los estudiantes se interesan por conocer a los ancianos.

En la categoría "C" (los ancianos como pacientes), los alumnos manifestaron opiniones "Favorables" o "Muy favorables" en el 57.5 por ciento de los casos, lo que nos sugiere que por una parte existe aceptación hacia los ancianos e interés por conocerlos, sin embargo, no son muy bien aceptados como pacientes, ya que poco menos de la mitad manifestaron indecisión o aún, opiniones desfavorables.

En cuanto a la categoría "D" (Percepción de su propia vejez), ante la aseveración: "Debería llegar a la vejez" el promedio de puntos por alumno fue de 3.79 en la escala de 5 puntos, así como el puntaje promedio por alumno en la aseveración: "El pensar en llegar a la vejez me preocupa" fue de 3.76 en la misma escala. Estos resultados se acercan más a la indecisión que a la franca aceptación de su propia vejez.

En cuanto a la relación de las frecuencias y porcentajes de los rangos "Muy favorable" y "Favorable" con los datos de la cédula, el 55 por ciento de los alumnos masculinos tuvieron opiniones "Favorables" o "Muy favorables", con respecto al 44 por ciento de las mujeres, lo que es de llamar la atención, pues quienes tuvieron mayor aceptación hacia los ancianos fueron los alumnos del sexo masculino.

El lugar de procedencia fue predominantemente urbano (85 por ciento) debido en primer lugar a que la investigación se llevó a cabo en el D.F., lo cual nos sugiere que el acceso a la educación superior en el D.F. está restringida a aspirantes procedentes del medio urbano.

El 87 por ciento de los alumnos que tuvieron opiniones "Favorables" y "Muy favorables" realizaron su bachillerato en escuelas públicas, mientras que el 100 por ciento de los que proceden de escuelas privadas aparecen dentro de los rangos de opinión "Favorable" o "Muy favorable".

En lo que respecta a la convivencia con personas mayores de 60 años, el 37 por ciento de los estudiantes que tuvieron opiniones "Muy favorables" o "Favorables" sí convivían con personas pertenecientes a este grupo de edad, mientras que 63 por ciento no lo hacían. Tomando en cuenta que los resultados de la encuesta tuvieron una dirección de aceptación, creemos que el hecho de que más de la mitad de los alumnos hayan convivido con ancianos, no fue condicionante en la dirección e intensidad de sus opiniones.

En relación con la pregunta: ¿Ha recibido alguna información sobre vejez? 74 por ciento de los alumnos manifestaron que sí habían recibido información, mientras que 26 por ciento negaron este hecho. Creemos que el haber revisado algunos contenidos sobre vejez y el estar en contacto con pacientes pertenecientes a este grupo de edad en su práctica clínica ha influido en forma favorable en la dirección de sus opiniones, pero no así en la intensidad de las mismas; esto es apoyado también por el hecho de que sólo 24 por ciento de los estudiantes han participado en alguna

actividad prestando servicio a los ancianos. Es de interés mencionar además que el 36 por ciento de los estudiantes convivan con algún familiar dedicado al área de la salud y que probablemente, esto haya influido de alguna manera en la dirección de sus opiniones hacia los ancianos.

XVI SUGERENCIAS

XVI SUGERENCIAS

XVI - SUGERENCIAS

México es uno de los países en donde los menores de 20 años representan más del 50 por ciento de la población, por lo que existe tendencia a menospreciar los problemas gerontológicos.

La necesidad de atender la problemática integral de la población anciana en México, debe conducir al establecimiento de políticas que tengan por objeto la solución de sus problemas y obtener su bienestar integral. Éstas básicamente deben consistir en la organización y ejecución de programas asistenciales basados en el conocimiento, causas y consecuencias del proceso de envejecimiento.

Algunos aspectos que estos programas deben contemplar son:

- . Fomentar la investigación sobre la vejez y sus repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, de donde se deriven los planes de acción para la atención y prevención de los problemas inherentes a ella.
- . Implementar programas de educación permanente dirigidos a todos los grupos de población, con el propósito de desarrollar la conciencia sobre el valor intrínseco del anciano y así cambiar las actitudes de rechazo y marginación generadas por la familia y la sociedad.
- . Establecer servicios de geriatría, o mejorarlos e incrementarlos cuando ya existan, en las tres principales instituciones sanitario-asistenciales del país.

1. Incluir aspectos de geriatría y gerontología en los currículos de las facultades y escuelas de medicina, así como en las escuelas de enfermería.

El programa educativo en geriatría para el médico general debe contemplar las 5 áreas propuestas por el Colegio Real de Médicos Generales*: desarrollo humano, conducta, medicina, salud y enfermedad y ejercicio profesional.

En el A-36, aunque el plan de estudios vigente no contempla en su estructura modular la inclusión de estos contenidos, se ha comenzado a implementar un programa de Introducción a la Gerontogeriatría, que tiene cuatro objetivos generales. Que el alumno:

1. Conozca los aspectos demográficos relacionados con la vejez y sus repercusiones en la vida social, económica y política de México.
2. Identifique los principales problemas del viejo como individuo bio-psico-social y su repercusión en la salud.
3. Adquiera conocimientos, habilidades y destrezas para que sea capaz de promover la salud, establecer el diagnóstico, instituir el tratamiento y emitir el pronóstico de las enfermedades más comunes en la vejez.
4. Modifique sus actitudes hacia el individuo de este grupo de edad, como un primer paso hacia la mejor comprensión y atención de sus problemas de salud individual y colectiva.

El presente trabajo servirá para reforzar, complementar e impulsar las actividades de aprendizaje relacionadas fundamentalmente con este último objetivo, y así lograr que los estudiantes egresados del Programa

de Medicina General Integral, no sólo obtengan los conocimientos y adquieran las habilidades necesarias para el ejercicio profesional que demandan los ancianos de nuestro país, sino que además lo llevan a cabo con un alto espíritu de servicio y de calidad humana.

ANEXO I REFERENCIAS

1. Mottis, J. El dado de la vejez y sus seis caras, Altalena, Madrid, 1985.
2. Baptista, L.R. "Programa de introducción a la Geronto-Geriatría". Propuesta académica, Documento interno, PMGI, Fac.Med., UNAM, 1986.
3. Baptista, L.R. (Comp.) "La vejez como problema médico-social", Unidad didáctica N° 7, En: Medicina y sociedad, Doc.Mod., 4º año, 2º nivel, PMGI, Fac. Med., UNAM, 1989.
4. INSEN. Acción y proyección del Instituto Nacional de la Senectud, Documento editado por INSEN, México, s/f.
5. INEGI. "México, estimaciones y proyecciones de población, 1950-2000", S.P.P., INEGI, CONAPO, CELADE, México - s/f.
6. Otero, Ojeda; Somond, R. "Algunos aspectos en la atención psico-geriátrica, Cuestiones más generales", En: Rev. del Hospital psiquiátrico de la Habana, Vol. 28, N° 1, ene-mar., 1987.
7. Dával Mezey, M. y cols. Evaluación de la salud en el anciano, La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.
8. Brocklehurst, J.C. Tratado de clínica geriátrica y gerontológica, Panamericana, Buenos, Aires, 1975.
9. Klineberg, Otto. Psicología Social, Fondo de Cultura Económica, México, 1963.
10. Baptista, L.R. Comp. "Nutrición y vejez", Unidad didáctica 12, En: Nutrición, Doc. Mod. 1er. año, 1er. nivel, PMGI, Fac. Med. UNAM, 1988.
11. Baptista, L.R. Comp. "La sexualidad en la vejez", Unidad didáctica 11, En: Aparato genital masculino y femenino, Doc. Mod. 2º año, 1er. nivel, PMGI, Fac. Med., UNAM, 1988.

12. Baptista, L.R. (Comp.) "Trastornos del aparato visual como consecuencia de la edad", Unidad didáctica N° 4, En: Oftalmología II. Doc. Mod. 4° año, 2° nivel. PMGI, Fac. Med., UNAM, 1989.
13. Salvarezza, L. Psicogeriatría. Teoría y clínica, Paidós, Buenos Aires, 1a. ed., 1988.
14. Rosenblueth, I. "Envejecimiento: Patrones diferenciales", En: Rev. Nueva Antropología, Vol. VII, N° 28, México, 1985.
15. Galinsky, D., et al. A program in undergraduate geriatric education, the Beer Sheva experiment, En: Medical Education, Vol. 17, 1983.
16. Galinsky, D. "Ten years experience Teaching geriatric medicine", En: Israel Journal of medical sciences, Vol. 21, 1985.
17. Murden, R.A. y cols. "Responses of fourth-year medical students to a Required clerkship in Geriatrics", En: Journal of medical education, Vol. 61, jul, 1986.
18. Warren, D.L.; Painter, A. "Effects of Geriatric Education on the attitudes of medical students", En: Journal of the american Geriatrics Society, Vol. 31 N° 7, jul, 1983.
19. Maxwell, A.M.; Sullivan, N. "Attitudes toward the geriatric patient among family practice residents", En: Journal of american Geriatric Society, N° 28, 1980.
20. Meleuman, J.R.; et al. "A comparison of attitudes toward geriatric among medical residents", En: Journal of medical education, Vol. 63, N° 2, feb., 1988.
21. Coccadro, E.F.; Milles, A.M. "The attitudinal impact of training in Gerontology Geriatrics in Medical Scholl", En: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 32, N° 10, oct., 1984.
22. Wattss, J.P.; Smith, C.W.; Binns, V. "Medical students attitudes to old people and career preference: a accompanson of two universities", En: Medical education, Vol. 20, 1986.
23. Smith, Marcia; R. Marcy; et al "Implementación and evaluation of a model geriatrics curriculum", En Jornal of medical education, Vol. 59, may, 1984.

ANEXO II CUESTIONARIO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR
PROGRAMA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**ENCUESTA DE OPINIONES DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
EN RELACION CON LOS ANCIANOS
1 9 8 8**

México, noviembre, 1988.

PRESENTACION

El presente cuestionario fue elaborado para conocer las respuestas de estudiantes universitarios en relación con los ancianos.

Se divide en dos secciones; la primera corresponden a la cédula del encuestado, necesario para conocer algunas características de los estudiantes, y la segunda, que es para conocer algunas opiniones de los alumnos en relación con los ancianos.

Para captar la información le pedimos por favor llene el formato, siguiendo las siguientes:

INSTRUCCIONES

- Escribir con letra de molde y sin abreviaturas
- En las preguntas donde tenga que seleccionar una opción, escriba el número correspondiente dentro de la casilla que está a la derecha de la pregunta, en la columna de respuestas.
- En la segunda sección, conteste según las instrucciones que se dan
- Una vez que haya completado el cuestionario, por favor entréguelo al encuestador.

Le pedimos que por favor conteste con la mayor veracidad posible; el cuestionario es anónimo, por lo que las respuestas sólo serán utilizadas con fines de investigación.

Gracias por su colaboración

1. LUGAR DE ADSCRIPCION:

1. HGZ No. 1
2. HGZ No. 1-A
3. HGZ No. 2-A
4. HGZ No. 27
5. HGZ No. 30

2. EDAD _____ 3. SEXO: 1. Masculino 2. Femenino

4. ESTADO CIVIL: 1. Soltero 2. Casado 3. Otro

5. LUGAR DE PROCEDENCIA: 1. Urbano 2. Rural

6. LUGAR DE RESIDENCIA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

_____ (localidad)

7. BACHILLERATO REALIZADO EN:

1. Preparatoria UNAM
2. CCH UNAM
3. Colegio de bachilleres
4. Preparatoria popular
5. Colegio particular
6. Otro

¿Cuál _____

8. ¿VIVE CON PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS?

1. No 2. SÍ

Parentesco _____

9. ¿HA RECIBIDO ALGUNA INFORMACION SOBRE VEJEZ?

1. No 2. SÍ

¿de qué tipo? _____

¿dónde? _____

10. ¿HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD PRESTANDO ALGUN SERVICIO A LOS ANCIANOS?

1. No 2. SÍ

¿de qué tipo? _____

¿dónde? _____

11. ¿CONVIVE CON ALGUN FAMILIAR DEDICADO AL AREA DE SALUD?

1. No 2. SÍ

ACTIVIDAD _____

Segunda sección

Enseguida se presentan algunas observaciones acerca de diversos aspectos sobre los ancianos.

Indique por favor el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con las aseveraciones encerrando en un círculo la respuesta que considere conveniente en función de la escala siguiente:

TA	Totalmente de acuerdo
A	De acuerdo
I	Indeciso
D	En desacuerdo
TD	Totalmente en desacuerdo

- | | | | | | |
|----|---|---|---|----|--|
| TA | A | I | D | TD | 1. Los ancianos son sumamente demandantes de ayuda y atenciones |
| TA | A | I | D | TD | 2. Me gustaría asistir a eventos médicos en donde se hable sobre ancianos |
| TA | A | I | D | TD | 3. Es conveniente que los ancianos vivan en asilos |
| TA | A | I | D | TD | 4. Los ancianos son una carga para el resto de la población |
| TA | A | I | D | TD | 5. Se debe tomar más en cuenta las ideas de las viejas generaciones que la de las nuevas |
| TA | A | I | D | TD | 6. Por lo general, los ancianos difícilmente emprenden proyectos |
| TA | A | I | D | TD | 7. Es conveniente que los ancianos participen en las decisiones de la familia |
| TA | A | I | D | TD | 8. La vejez es una etapa de inactividad física e intelectual |
| TA | A | I | D | TD | 9. En nuestro medio el ser anciano da prestigio |
| TA | A | I | D | TD | 10. En la práctica clínica me gustaría más atender a pacientes jóvenes que a ancianos |

- TA A I D TD 11. Siento que necesito saber más sobre los ancianos
- TA A I D TD 12. Desearía llegar a la vejez
- TA A I D TD 13. Me gustaría hacer la especialidad en geriatría
- TA A I D TD 14. Los ancianos deben ejercer su sexualidad
- TA A I D TD 15. se debe dedicar el mismo tiempo por consulta a pacientes ancianos que a los de otras edades
- TA A I D TD 16. Es difícil llegar a tener una buena relación médico paciente con los ancianos
- TA A I D TD 17. Los ancianos debe retirarse o jubilarse para dejar su lugar a gente joven
- TA A I D TD 18. Me interesa la investigación sobre los ancianos
- TA A I D TD 19. En el examen físico, resulta tedioso observar, palpar, percudir y auscultar a pacientes ancianos
- TA A I D TD 20. Me gustaría participar en programas educativos para los ancianos
- TA A I D TD 21. El atender a los pacientes ancianos me hace sentir mejor como persona y como médico
- TA A I D TD 22. EL pensar en llegar a la vejez me preocupa
- TA A I D TD 23. La vejez es sinónimo de enfermedad

ANEXO III CATEGORIAS

A) LOS ANCIANOS COMO GRUPO SOCIAL

1. Los ancianos son sumamente demandantes de ayuda y atenciones
3. Es conveniente que los ancianos vivan en asilos
4. Los ancianos son una carga para el resto de la población
5. Se deben tomar más en cuenta las ideas de las viejas generaciones que las de las nuevas.
6. Por lo general los ancianos difícilmente emprenden proyectos
7. Es inconveniente que los ancianos participen en las decisiones de la familia.
8. La vejez es una etapa de inactividades física e intelectual
9. En nuestro medio el ser anciano da "prestigio"
14. Los ancianos deben ejercer su sexualidad
17. Los ancianos deben retirarse o jubilarse para dejar su lugar a gente joven.
23. La vejez es sinónimo de enfermedad

B) LOS ANCIANOS COMO TEMA-OBJETO DE ESTUDIO

2. Me gustaría asistir a eventos médicos en donde se hable sobre ancianos.
11. Siento que necesito saber más sobre los ancianos
13. Me gustaría hacer la especialidad en geriatría
18. Me interesa la investigación sobre los ancianos
20. Me gustaría participar en programas educativos para los ancianos

C) LOS ANCIANOS COMO PACIENTES

10. En mi práctica clínica me gustaría más atender a pacientes jóvenes que a ancianos.
15. Se debe dedicar el mismo tiempo por consulta a pacientes ancianos que a los de otras edades.
16. Es difícil llegar a tener una buena relación médico-paciente con los ancianos.
19. En el examen físico, resulta tedioso observar, palpar, percudir y auscultar a pacientes ancianos.
21. El atender a los pacientes ancianos me hace sentir mejor como persona y como médico.

D) PERCEPCION DE SU PROPIA VEJEZ

12. Desearía llegar a la vejez
22. El pensar en llegar a la vejez me preocupa

BIBLIOGRAFIA

1. Brocklehurst, J.C. Tratado de clínica geriátrica y gerontológica, Panamericana, Buenos Aires, 1975.
2. Salvarezza, L. Psicogeriatría. Teoría y clínica, Paidós, Buenos Aires, 1a. edición, 1988.
3. De Nicola, P. Fundamentos de gerontología y geriatría, El Manual Moderno, México, 1985.
4. Monarrez, S. Las enfermedades del ser humano en la vejez, documento fotocopiado UEC MGF/Fac. de Med., UNAM, 1986.
5. Langarica, S.R. Gerontología y Geriatría, Interamericana, México, 1988.
6. Messey, D.M. y cols. Evaluación de la salud en el anciano, Prensa Médica Mexicana, México, 1989.
7. Arias Galicia, F. Actitudes, opiniones y creencias, Trillas, México, 1980.
8. Summers Gena, F. y otros. Medición de actitudes, Trillas, 1a. ed., México, 1976.
9. Rezler, A.G. "Medición de actitudes", En: Rev. de la Facultad de Medicina, No. 17, UNAM, México, 1974.
10. Briones, G. Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales, Trillas, México, 1982.
11. Pick, S.; López, A.L. Cómo investigar en ciencias sociales, Trillas, 3a. edición, México, 1988.
12. Padua, J. y cols. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica, 1a. edición, México, 1979.
13. Rojas, S.R. Guía para realizar investigaciones sociales, UNAM, 6a. edición, México, 1981.
14. ENEP-ACATLAN. Metodología de las ciencias sociales. Antología, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, UNAM, 2a. edición, p. 19.