



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

FACTORES RELACIONADOS CON LA SELECCIÓN DE ESPECIALIDAD DE
GERIATRÍA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

TESIS

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA

CAROLINA GÓMEZ MORENO

TUTOR

CARLOS GUTIÉRREZ-CIRLOS MADRID

Dirección de Medicina del Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición
Salvador Zubirán

COMITÉ TUTOR

MELCHOR SÁNCHEZ MENDIOLA

Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a
Distancia - UNAM

ALFONSO GULIAS HERRERO

Subdirección de servicios médicos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán

CD. MX. 2022



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 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.

I. ÍNDICE

II. RESUMEN	4
III. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	5
A. SELECCIÓN DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN MÉXICO: GENERALIDADES	5
B. SELECCIÓN DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN MÉXICO: EL CASO DE LA GERIATRÍA	8
C. MODELOS DE ESTUDIO DE LA ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD.....	10
D. EL ESTUDIO DE LA ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD: ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	13
IV. JUSTIFICACIÓN.....	15
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
VI. Objetivos.....	16
1. Objetivo principal	16
2. Objetivos secundarios	16
VII. Aspectos éticos	16
VIII. MATERIAL Y MÉTODOS	17
1. Población	17
2. Criterios de inclusión	17
3. Intervención y procedimientos.....	18
IX. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	27
X. RESULTADOS	31
1. Características de los pacientes.....	35
2. Entendimiento de la especialidad	38
3. Elementos formativos:	40
4. Elementos socioculturales.....	43

XI.	DISCUSIÓN.....	48
1.	Características de los pacientes.....	52
2.	Entendimiento de la especialidad	58
3.	Elementos formativos	59
4.	Elementos socioculturales.....	60
XII.	CONCLUSIONES.....	66
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	70
XIV.	ANEXOS	78

II. RESUMEN

Introducción: la selección de especialidad define la identidad profesional de los individuos y tiene repercusiones a largo plazo en los servicios de salud, debido en gran parte a la proporción de especialistas para cada área. El caso de la geriatría, muestra como una pobre tasa de selección de la especialidad, tiene impacto en la disponibilidad de médicos para atender esta proporción de la población que se encuentra en crecimiento.

Objetivo: Analizar desde un enfoque cualitativo los factores, es decir las experiencias, expectativas, opiniones e ideas, relacionados para elegir o descartar geriatría como especialidad médica.

Métodos: estudio cualitativo con enfoque fenomenológico

Resultados: se utilizaron de forma apriorística las categorías obtenidas en el trabajo de Gutiérrez-Cirlos et al, 2017. Se conformaron grupo focales para entrevistas semi-estructuradas con estudiantes que seleccionaron geriatría y estudiantes que rechazaron geriatría. Se obtuvieron categorías complementarias y se realizó un segundo nivel de análisis de donde surgieron 4 temas principales que influyeron en la decisión: características de los pacientes, factores de conocimiento de la especialidad, factores formativos y factores socioculturales. Se encontró evidencia de interacciones entre los temas principales y su influencia multidireccional en la experiencia vivida de los estudiantes y la elección que realizaron.

Conclusiones: en este trabajo se identificó que algunos de los factores pueden someterse a intervenciones educativas para mejorar la percepción de la especialidad en estudiantes de medicina: Existe un discurso social y cultural que permea en la comunidad educativa en México que discrimina a las personas por la edad y ve en el envejecimiento como algo negativo. Los estudiantes, identificaron pobres competencias en la atención de las personas mayores, esta formación deficiente repercutió en inseguridad y desagrado para involucrarse con el tema. También, se identificó que algunas instituciones educativas en México, de manera inintencionada o sin dolo, dan menor importancia a algunas materias, como es el caso de geriatría. Todos estos elementos son susceptibles de intervención con el objetivo de incrementar la capacidad de atención de personas mayores en estudiantes de medicina, así como posiblemente incrementar el interés en la materia en próximas generaciones.

III. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

A. SELECCIÓN DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN MÉXICO: GENERALIDADES

La elección de una carrera supone un momento determinante en la vida, ya que representa la manifestación de lo que se quiere alcanzar en un futuro. Los individuos que tienen ante sí la oportunidad y la intención de estudiar una carrera, habitualmente se enfrentan con esta decisión en momentos tempranos de su vida, al término de la escuela preparatoria específicamente si nos referimos a la población mexicana. Se trata de un momento de crisis y de adaptación pero que finalmente ayuda a ir dando forma a la identidad ocupacional y por ende a su identidad personal.

En los médicos existe un segundo momento de crisis cuando los estudiantes se enfrentan ante la opción de estudiar o no una especialidad se trata de una decisión que finalmente definirá el futuro de quien elige seguir un programa de especialización.

La trascendencia radica en que definir el futuro de una persona como especialista no solo es definir *qué* hacer sino fundamentalmente definir *quién* ser y también *quién no ser*. No se trata simplemente de entrar a un programa educativo de posgrado, sino que se trata de la elección del profesionista que se quiere llegar a ser, ya que la especialidad no es el fin, sino el medio para alcanzar a ser alguien en particular, con un rol definido en la sociedad. Quien elige estudiar un programa de especialización busca adoptar un estilo de vida, una manera de entenderse y de relacionarse con otras personas, aceptando los valores y prácticas asociadas con la especialidad (1).

La selección de especialidad es un proceso complejo que implica la interacción de diversos factores tales como las preferencias personales y expectativas a futuro de los estudiantes, las percepciones de familiares, maestros, mentores y amigos, así como el perfil de la escuela a la cual pertenecen y de que tanta importancia y apoyo se le dé dentro de la misma institución educativa para que sus estudiantes busquen ingresar a una especialidad. También depende de factores externos al estudiante, de una índole más práctica como puede ser la disponibilidad de plazas y la competitividad para acceder a las mismas (2, 3, 4).

En los últimos años, a pesar de que el número global de médicos ha incrementado, ciertas especialidades y subespecialidades, han experimentado una grave reducción en el número de médicos que deciden entrenarse en dichas áreas, como medicina paliativa, epidemiología, salud pública, patología clínica, audiología y geriatría, por ejemplo, mientras que otras especialidades, como otorrinolaringología persisten con un número creciente de médicos que solicitan ingreso a pesar de la alta competitividad y la baja tasa de éxito para los aplicantes (5). Por ejemplo, en Estados Unidos de América, los médicos en formación suelen llenar más del 90 % de las plazas disponibles para ortopedia, cirugías plástica y neurocirugía, mientras que menos del 60 % de las plazas para medicina interna y medicina familiar se utilizó (6).

Esta desigualdad en la selección de especialidades, repercute en el ámbito profesional y se manifiesta en un desequilibrio en la fuerza laboral en ciertas áreas de atención a la salud, como la geriatría, lo cual tarde o temprano tiene un impacto en la población a la cual se atiende (7). Este hecho, que podría pasar desapercibido en una primera instancia, es de vital importancia, ya que uno de los estándares de la calidad en la atención médica y en la educación en medicina, es considerar las necesidades de la población a la cual se brinda atención en salud. Si se falla en conocer y reconocer dichas necesidades, se corre el riesgo de ofrecer una atención en salud deficiente de manera que, en la actualidad, es necesario integrar las particularidades y retos que suponen los cuidados de la salud en diversos grupos de la población, lo cual por su puesto incluye a los adultos mayores (8).

Esta situación se ha visto reflejada de forma marcada en la pandemia que vivimos a partir de 2020, dado que es evidente que la atención en los adultos mayores y otros grupos vulnerables no se encuentra lo suficientemente cubierta, lo cual acentúa más este problema de salud pública (9, 10).

Sin embargo, como se comentó previamente, el proceso y los factores que influyen para que un estudiante de medicina seleccione una especialidad por encima de otra interactúan de forma compleja y difícil de analizar, a pesar de ello, ciertas publicaciones han intentado revisar lo conocido en la literatura hasta el momento.

Por ejemplo, en una revisión de 2018 que incluyó treinta y cuatro estudios de Norteamérica, veinticuatro europeos, siete estudios asiáticos, cinco estudios de Oceanía, tres estudios en África y dos en Sudamérica, en donde se analizaban los factores que impactaban

en la selección de la especialidad médica, los autores publicaron que aquellas cuestiones que tuvieron mayor impacto fueron: el interés académico de los estudiantes, las competencias de los estudiantes, la capacidad de controlar los horarios una vez egresados de la especialidad, el tipo de pacientes a atender, mentores o maestros que impactaron en los estudiantes, carga de trabajo, longitud del entrenamiento, prestigio alcanzado por estudiar las especialidades, consejos de terceros, ganancia económica esperada y magnitud de la deuda estudiantil (11).

El estudio comentado previamente, tiene varias fortalezas, como la cantidad de sujetos incluidos en el análisis final, pero también tiene ciertas debilidades como el hecho de que la heterogeneidad de los estudios analizados fue alta y muchos de los estudios que inicialmente se seleccionaron para el análisis, fueron excluidos, debido a la baja calidad o ausencia de información relevante, lo que explica el déficit en cuanto a la información disponible sobre la diversidad de factores que determinan la elección de especialidad (11).

Cabe resaltar que en dicho análisis se incluyeron algunos ensayos realizados en América Latina, específicamente en Chile y en Brasil. Desafortunadamente la información que se obtuvo de estas publicaciones no es fácilmente generalizable, en el caso del estudio chileno porque estaba enfocado únicamente en los factores para seleccionar la especialidad de psiquiatría y en el caso del estudio brasileño, porque, a pesar de que se trata de un país que comparte ciertas características con el resto de la región, la realidad es que la población brasileña tiene ciertas características que difieren de manera significativa con el resto de Latinoamérica, particularmente en cuestiones de idioma (12, 13).

Se cuenta con información específica sobre el tema en población mexicana. En un estudio de 2017, se realizó un análisis acerca de los factores que impactan en la elección de especialidad. El estudio analizó los factores de elección de especialidad de las 4 especialidades troncales (medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia) y mostró que la selección de especialidad tuvo distintos determinantes, por ejemplo, para pediatría el tipo de pacientes fue más determinante que en medicina interna, en donde para realizar la selección tuvo más peso la calidad del programa académico en el centro a realizar la especialidad (14).

B. SELECCIÓN DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN MÉXICO: EL CASO DE LA GERIATRÍA

Si bien, los estudios previamente comentados, proveen información valiosa para darnos una idea más precisa acerca de los procesos de selección de especialidad, aún existe una brecha importante entre los conocimientos obtenidos hasta el momento, y la aplicabilidad que puedan llegar a tener en escenarios específicos sobre todo cuando se trata de especialidades poco seleccionadas como es el caso de geriatría (15).

Esta situación, se vuelve de particular interés para los gobiernos y sus instituciones de salud ya que es bien sabido que el envejecimiento poblacional es por un lado una realidad que nos alcanza a pasos acelerados, si bien a ritmo diferente en distintos países, y, por otro lado, un tema muy relevante en salud pública por la magnitud de la población implicada y por la cantidad de cuestiones que van relacionadas con esta población. México, por supuesto no se queda fuera de esta situación y si bien no existe un incremento equiparable con el que se presenta en países de ingresos altos, se estima que para 2050, aproximadamente 17 % de la población mexicana tendrá 65 años o más, con lo que la pirámide poblacional sufrirá un cambio en su morfología, con un claro envejecimiento poblacional (16).

A pesar de la evidente necesidad de incrementar la capacidad del sistema de salud para atender de manera oportuna a los adultos mayores, a nivel mundial se ha presentado un verdadero problema en tratar de incrementar la cantidad de médicos que deciden continuar con una carrera en geriatría (17). Por ejemplo, en Estados Unidos de América, en años previos se ha reportado que alrededor del 50 % de los espacios para estudiar una especialidad en geriatría quedó vacante (18).

Otra de las problemáticas es que no todas las facultades y escuelas de medicina del país, incluyen a la geriatría dentro del currículo necesario para que los estudiantes de medicina obtengan el título de Médico Cirujano, de manera que existe desde etapas tempranas de la formación docente, una disparidad en cuanto a la capacidad de adquisición de competencias básicas en la atención de los adultos mayores (19).

En la UNAM, existe desde 1981 la inclusión de capacitación en área geriátrica y partir de 1985 fue integrado un programa de enseñanza de la geriatría en la licenciatura de medicina, que fue cursado por primera vez en 1989. Actualmente, la actualización y

supervisión de la calidad de la enseñanza de geriatría está a cargo del Departamento de Geriatría que forma parte de la Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social de la Facultad de Medicina de la UNAM (19).

Por otro lado, en México, existen opciones limitadas para estudiar geriatría como especialidad. Por ejemplo, en 2010, solamente 10 universidades ofrecían algún programa de especialización en geriatría, con la mayoría de ellos localizados físicamente en la ciudad de México (20). Recientemente, la Secretaría de Salud de México, redujo la duración del entrenamiento en geriatría de 6 a 4 años, posterior a dicha modificación, se registró un incremento en el número de plazas para especialistas en geriatría de 86 en 2016 a 132 en 2019, lo cual resulta esperanzador, sin embargo, existe aún un número alarmantemente bajo de geriatras en México, con solo 615 geriatras certificados para una población cercana a los 10 millones de adultos mayores (16, 21).

Está descrito que el reclutamiento hacia nuevas disciplinas en medicina suele iniciar con un periodo de incertidumbre, con dificultad para lograr nuevos reclutas, seguido de un segundo periodo de mayor interés con expansión de los programas de entrenamiento disponible, lo cual sucede en el transcurso de un par de décadas. Sin embargo, en geriatría, no se ha logrado pasar a la segunda fase por distintos factores (22). En una publicación del Journal de la American Geriatrics Society (JAGS) se hizo una revisión de dichos factores entre los que destacaron los siguientes: Viejismo o edadismo, que se trata de una serie de estereotipos y percepciones negativas hacia un grupo de pacientes por el hecho de haber envejecido y que tienen impacto en los desenlaces en salud. Se postula, que en parte estas nociones discriminatorias son las que contribuyen a que la geriatría no tenga un mayor prestigio o reconocimiento por parte de otros médicos (23).

Además, se ha observado una exposición insuficiente a la geriatría en los años formativos en la carrera de medicina. En un estudio del Reino Unido, se compararon dos escuelas de medicina, una de las cuales tenía un departamento para el cuidado de la salud de los adultos mayores mientras que la otra no contaba con dicho departamento, se observó que en la primera escuela los estudiantes de medicina mostraron un interés más marcado en elegir geriatría como especialidad (24).

En esa línea, se han hecho algunos ensayos para tratar de incrementar el interés en geriatría y el conocimiento de los médicos en competencias para la atención de adultos mayores. Existen algunos estudios que mostraron algo de éxito con las maniobras educativas implementadas tanto en etapas pre-clínicas y clínicas de formación en términos de mejoría en la percepción de la geriatría y un mayor interés en estudiar la especialidad posterior a las intervenciones, sin embargo, no hay claridad en cuanto a qué tipo de intervenciones son más exitosas para fomentar este interés y además al evaluarse de forma longitudinal, aparentemente el beneficio obtenido no es sostenido (25, 26).

Respecto a las características de los estudiantes, no hay estudios que muestren información en términos de sexo, religión o nacionalidad entre otros, impacte realmente en la decisión de especialidad (25). En un estudio realizado en la Ciudad de México, sí se muestra una tendencia para el sexo femenino en tener una percepción más favorable de la geriatría en general, sin embargo, el objetivo del estudio no estaba enfocado en la selección de la especialidad y la muestra era pequeña (100 participantes) como para poder generalizar los hallazgos encontrados a toda la población mexicana (27).

C. MODELOS DE ESTUDIO DE LA ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD

Existe un modelo propuesto en 1995 por Bland y Meurer, en el cual se agrupa en 5 categorías los factores que influyen en la elección de la especialidad y que son (3):

1. El tipo de escuela en la que se formó el estudiante ya sea pública o privada.
2. Las características del estudiante (desde el punto de vista demográfico o bien rasgos de personalidad).
3. Los valores del estudiante al egreso de la formación médica.
4. Las necesidades a ser cumplidas durante la especialidad.
5. La forma en la que los estudiantes perciben la especialidad.

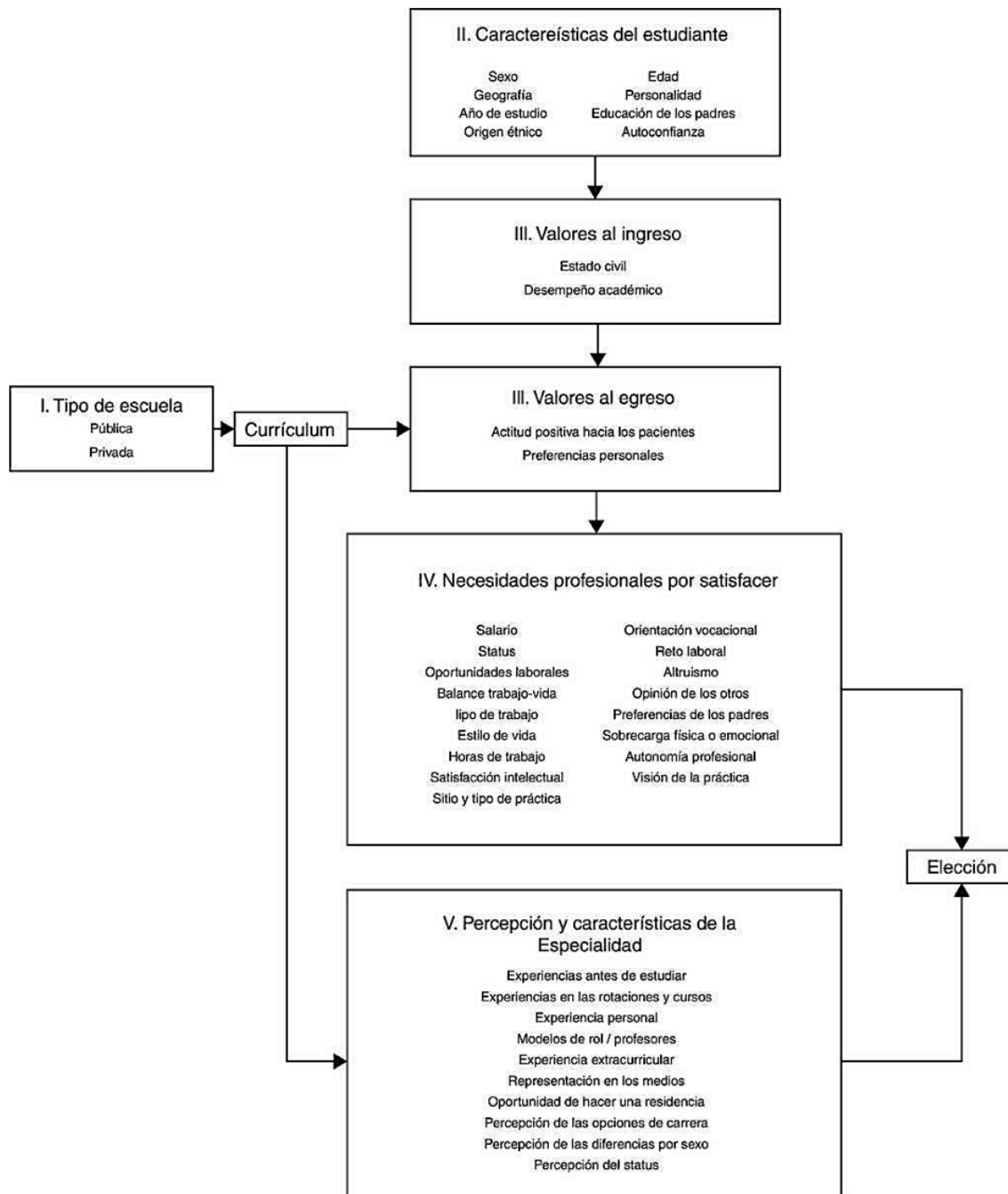
La ventaja del modelo de Bland- Meurer, es que, a diferencia de otros modelos, éste puede aplicarse a todas las especialidades y no únicamente a especialidades de atención primaria.

En 2016, Querido, realizó una revisión en donde retomó el modelo de Bland-Meurer y realizó ciertas recomendaciones en cuanto al estudio de la elección de una especialidad (4):

1. El proceso de elección no está completamente comprendido, ya que se han estudiado alguno o varios factores, pero no se ha estudiado la interrelación entre éstos en la decisión final.
2. La elección puede deberse a experiencias tempranas en la formación médica, por lo que es importante que las escuelas de medicina lo tomen en cuenta por el impacto que tendrá más adelante.
3. Existe poca investigación que evalúe los factores de elección en residentes o en etapas más avanzadas de la carrera.
4. Los estudios suelen enfocarse en la parte cuantitativa, con poca evidencia disponible de estudios cualitativos o mixtos.

En la figura 1, se puede observar con más detalle la representación esquemática del modelo de Bland-Meurer incluyendo las modificaciones propuestas por Querido.

Figura 1. Factores relacionados con la elección de una especialidad.



Esquema adaptado del modelo de Bland-Meurer, revisado por Querido.
Fuente: Querido et al. 2016.

D. EL ESTUDIO DE LA ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD: ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El interés en el estudio de los elementos que entran en juego en la elección de especialidad, cobró mayor importancia a raíz de la disminución del interés por parte de los médicos en formación, en elegir especialidades que se consideran de atención primaria.

Como se mencionó previamente, en el análisis realizado por Querido, la elección de especialidad, es un fenómeno complejo y si bien, es útil desde un punto de vista práctico en el manejo de la información, el agrupar los elementos identificados en la elección de manera que sea más sencillo analizar y difundir la información, no debemos perder de vista que en realidad se trata de un proceso dinámico y que quedarnos únicamente con grupos o categorías de factores o elementos, es simplificar demasiado el fenómeno de selección (4).

Esta simplificación, hace correr el riesgo de que nuestra investigación se vea muy limitada en términos de comprender en la medida de lo posible, la mayor parte del proceso que tiene lugar en los médicos al momento de elegir la especialidad. Un enfoque cualitativo es no solo deseable, sino necesario para intentar abarcar una mayor proporción del evento de estudio.

A pesar de la extensa discusión que existe todavía en ciertos círculos de investigación, con respecto a la validez o superioridad del paradigma cualitativo o el cuantitativo, globalmente se ha alcanzado un consenso de que uno no está por encima del otro y, por el contrario, son complementarios, sobre todo en casos en el que se pretende evaluar un evento multifactorial (28). Ahora bien, sin caer en un acto simplista de catalogar un tipo de investigación como superior a otro, debemos reconocer que en este caso la investigación cualitativa ofrece un marco excepcional para el estudio de la elección o bien el rechazo de la especialización médica en geriatría, ya que el enfoque cualitativo produce hallazgos sin recurrir a procedimientos estadísticos u otros métodos de cuantificación, se trata de una manera de analizar eventos, experiencias e interacciones sociales como las que ocurren durante esta la elección de especialidad.

Como comentan Strauss y Corbin, la razón que podría considerarse como la más válida para seleccionar la metodología cualitativa en este caso, es justamente la naturaleza de lo que se pretende investigar, ya que se busca comprender el significado de la experiencia de las

personas que eligen o rechazan una especialidad médica, finalmente, lo que se quiere, es entender lo que los estudiantes hacen y piensan durante este momento en sus carreras (28).

Otros autores complementan, diciendo que el enfoque cualitativo se puede utilizar cuando se sabe poco de un tema o alternativamente, cuando se identifica que el fenómeno en estudio requiere examinarse nuevamente, con mayor profundidad o bien desde un punto de vista complementario, características que justamente se cumplen en el tema de nuestra investigación (29).

Se debe tener claro, que los eventos de elección de carrera o en este caso de una especialidad médica, no son un acontecimiento nuevo en la sociedad sino una situación que se presenta de manera periódica desde hace varias generaciones, sin embargo, esto no quiere decir que su estudio pueda considerarse completo, por el contrario, se sabe que existen múltiples aristas que pueden explorarse desde un enfoque de investigación educativa. Específicamente, lo que se busca es generar una nueva manera de comprender esta selección y poder expresarlo a través de una teoría, se usan particularmente para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, así como los procesos de pensamiento, las emociones o los sentimientos que se ven involucrados en este tipo de elección.

Este objetivo, es prácticamente el punto clave sobre el cual se sostiene la teoría fundamentada de investigación cualitativa. Se trata de una manera de comprender la realidad social a la cual pertenecen este y otros procesos y que tiene como una de sus principales fortalezas, la capacidad de generar teorías, pero basadas o fundamentadas en los datos que se obtienen durante la investigación, de ahí el nombre de teoría fundamentada.

Dado que se trata de un fenómeno único en la formación médica, se considera oportuno el uso de una aproximación fenomenológica para este estudio. Este enfoque, asume el análisis de aspectos profundos de la vida humana, el objetivo que persigue, es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esa comprensión a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno (30).

La justificación de su uso, surge de que la dinámica en los grupos de enfoque, permite examinar de manera detallada, las experiencias en el contexto de atención en salud, además de que son un método efectivo para explorar las actitudes y necesidades de los involucrados (31, 32, 33).

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Lo que se sabe hasta ahora con respecto a la elección de especialidades médicas en general y en cuanto a geriatría en particular, ha surgido principalmente de investigaciones que abordan el fenómeno desde una perspectiva cuantitativa, por lo que existe una brecha en el conocimiento y comprensión del fenómeno.

IV. JUSTIFICACIÓN

Existe disparidad en la cantidad de médicos que eligen especialidades, la que favorece el predominio de algunas áreas y el descuido de otras, sin que se conozca realmente cuáles son los factores que influyen en esta elección. Según datos del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), las especialidades con mayor demanda en México son cirugía general, ginecología, medicina interna y pediatría, mientras que las menos demandadas son geriatría, epidemiología, radio-oncología, genética, anatomía patológica, audiología, salud pública y calidad de la atención.

Una de estas especialidades que generan menos interés es la geriatría lo cual cobra relevancia ante el envejecimiento de la población a nivel mundial, sin embargo, a pesar del innegable incremento en la necesidad de atención integral de los adultos mayores, existe un déficit de geriatras a nivel mundial y en nuestro país.

Dado que la disparidad en la selección de especialidades y el desequilibrio que se genera a nivel del ámbito profesional, se vuelve relevante identificar los factores, elementos y aspectos por los cuales los médicos en formación no eligen geriatría como especialidad, con el objetivo último de realizar intervenciones para modificar esta tendencia. Para dar mayor profundidad al conocimiento, es necesario abordarlo desde perspectivas fenomenológicas.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los aspectos que influyen en estudiantes de medicina mexicanos o estudiantes extranjeros que cursaron la carrera en México (internado, servicio social o primer año de la residencia) para elegir o descartar geriatría como especialidad?

VI. Objetivos

1. Objetivo principal

Analizar desde un enfoque cualitativo los factores, es decir las experiencias, expectativas, opiniones e ideas, relacionados para elegir o descartar geriatría como especialidad médica.

2. Objetivos secundarios

Identificar los aspectos relacionados con elegir o descartar geriatría

Conocer las experiencias, expectativas, opiniones e ideas que han influido en los estudiantes de medicina para elegir o descartar la especialidad de geriatría en su formación profesional.

Diferenciar los factores identificados en categorías de acuerdo al modelo de Bland-Meurer para describirlos en categorías principales y secundarias (3, 4).

VII. Aspectos éticos

Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki en el desarrollo y ejecución del estudio, así como durante el análisis y presentación de resultados.

Se obtuvo la aprobación pertinente al Comité de Ética e Investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud: registro **PMDCMOS/CE3/03/2021**, con fecha de aprobación del 19 de octubre de 2021. También se obtuvo la aprobación del comité de ética y de investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán: registro **CONBIOÉTICA-09CEI-011-20160627**, con fecha de aprobación del 13 de septiembre de 2021. Los oficios de aprobación están disponibles en el apartado de anexos.

Para la participación de los estudiantes, se solicitó consentimiento verbal en las grabaciones de los grupos focales, y se aseguró que la participación fue voluntaria, autónoma y confidencial, los estudiantes fueron informados que podían dar por terminada su participación en cualquier momento y que esto no tendría ninguna repercusión en su proceso de selección de especialidad.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en el que se cuestionaron las experiencias, expectativas, opiniones e ideas en torno a la elegir o descartar la especialidad de geriatría para continuar su formación profesional.

1. Población

Estudiantes de medicina mexicanos o extranjeros que cursaron sus estudios de medicina en México, que para el momento en que se realizó el estudio, septiembre-octubre de 2021, se encontraban cursando el año de internado o el año de servicio social en México y que pensaban ingresar a una especialidad médica.

2. Criterios de inclusión

- Estudiantes de medicina.
- Que estuvieran cursando el internado rotatorio o el año de servicio social en medicina.
- Que fueran a cursar una especialidad médica en México.
- Estudiantes extranjeros que hubieran cursado su carrera en México y que pensarán hacer una especialidad médica.

3. Proceso de recolección de datos

a) Invitaciones e inclusión al estudio

Se seleccionó a los participantes a través de redes sociales, se publicó una invitación por medio de las cuentas personales en redes sociales de una de las investigadoras (CGM) en *Facebook* y en *Twitter*, siguiendo recomendaciones publicadas previamente para investigaciones que usan redes sociales como parte de su proceso (34).

Ambas publicaciones incluían información complementaria de contacto, como dirección de correo electrónico, cuenta de Instagram y estaban habilitados para ser compartidos por las cuentas de contacto de la misma investigadora (CGM).

Los estudiantes interesados, contactaron con la investigadora a través de correo electrónico, mensajes directos en *Twitter* o el servicio de *Messenger* de *Facebook*.

Cuarenta estudiantes se pusieron en contacto a raíz de la invitación en redes sociales. Seis de los estudiantes finalmente no participaron debido a que sus agendas y compromisos previos les imposibilitaron comprometerse con el estudio. Inicialmente se planteó conformar por lo menos 2 grupos focales por selección o no de geriatría, con revisión posterior para determinar si se alcanzaba el punto de saturación.

Para identificar y explorar los pensamientos y actitudes de los estudiantes con respecto a la selección de especialidad, específicamente desde dos posturas, uno desde la postura de aquellos que sí eligieron estudiar geriatría y otros desde la postura en la que definitivamente no elegirían geriatría, independientemente de la especialidad que sí hubieran seleccionado. Se conformaron de inicio 4 grupos focales, 2 grupos para los estudiantes que eligieron geriatría (denominado grupo 1) y 2 para aquellos que no eligieron geriatría (denominado grupo 2).

Una vez confirmada la participación de los estudiantes interesados se obtuvieron sus datos de contacto y se formaron grupos en la aplicación *Whatsapp* para coordinar fecha y hora más adecuados para los participantes de cada grupo, de esta manera no fue necesario confirmar por vía telefónica o por otro medio de comunicación para organizar las entrevistas.

Autores previamente han reportado la importancia de tener intencionalidad en la selección de los participantes en los grupos focales, tomando en cuenta elementos como edad, sexo y lugar de residencia, el objetivo fue que los grupos tuvieran algunos componentes de heterogeneidad buscando profundizar con base en diferentes perspectivas del problema (35). Se consideró además que, al ser un estudio de enfoque cualitativo, la información singular de cada participante, obtenida a través del diálogo era fundamental para conocer los procesos de sentido (36). Debido a lo anterior, los investigadores conformaron los grupos focales con participantes que representaran el universo de los estudiantes de medicina del país.

Adicionalmente, se trató de incluir por lo menos 1 o 2 estudiantes de cada una de las regiones educativas que existen en México. Dichas regiones educativas son zonas que fueron creadas por la Secretaría de Educación Pública (SEP) con fines organizacionales, cada región incluye varios estados del país, así como instituciones tanto públicas como privadas, lo que facilitó la inclusión de los estudiantes y nos permitió tener una muestra más representativa al no sesgar por tipo de institución o ciudad de procedencia.

El número de participantes de estableció como apropiado entre 8 a 10 por grupo tomando en consideración las recomendaciones publicadas previamente en la literatura (32, 33). Se ha reportado que un número menor a 5 es demasiado pequeño como para asegurar una discusión enriquecedora, mientras que números de más de 20 participantes dificultan el proceso de entrevista, impidiendo que exista una conversación entre los participantes que es uno de los elementos más valiosos al utilizar grupos focales.

Una vez que aceptaron participar, ninguno de los estudiantes se excluyó de las entrevistas y todos los incluidos dieron sus puntos de vista durante los grupos focales.

En la tabla 1 se encuentra una descripción detallada de los grupos focales y su conformación.

Tabla 1. Distribución y características de los grupos focales		
	Región	Participantes (n)
Grupo 1 – No-Geriátrica		
8 participantes	Occidente	1
4 mujeres 4 hombres	Centro	2
	Sureste	2
	Noreste	2
	Noroeste	1
Grupo 2 – No-Geriátrica		
9 participantes	Occidente	2
4 mujeres 5 hombres	Centro	3
	Sureste	1
	Noreste	2
	Noroeste	1
Grupo 3 – Geriátrica		
10 participantes	Occidente	2
6 mujeres 4 hombres	Centro	5
	Sureste	1
	Noreste	1
	Noroeste	1
Grupo 4 – Geriátrica		
7 participantes	Noroeste	2
4 mujeres 3 hombres	Centro	5
	Sureste	0
	Noreste	0
	Occidente	0

b) Guías de entrevista para grupos focales

Se desarrollaron dos guías semi estructuradas para las entrevistas que se realizaron con los grupos focales.

Las entrevistas con uso de guías semi-estructuradas se caracterizan por el uso de preguntas previamente definidas, un guion de la entrevista, pero en donde la secuencia y la formulación de las preguntas incluidas pueden variar en función de cada interacción con los sujetos de estudio. El uso de este tipo de guías para las entrevistas, obliga al investigador a realizar una serie de preguntas para definir el tema o área a investigar, pero otorga la libertad de profundizar en alguna idea o un tema que pueda ser relevante, realizando nuevas preguntas (37, 38).

Esta flexibilidad para la realización de las entrevistas, permite explorar información, ideas o temas que vayan surgiendo, lo cual a su vez incrementa la capacidad de comprender el fenómeno que se estudia. Debido a lo anterior, es que se optó por el uso de este tipo de guías para el estudio, ya que representa una alternancia entre las fases directivas y no directivas (39, 40).

Las categorías apriorísticas para elaborar las guías de los grupos focales se basaron en las desarrollada por Gutiérrez-Cirlos et al en un ensayo que evaluó el proceso de selección de especialidad (14). Dicha herramienta a su vez, estaba basada en el modelo de Querido et al sobre la selección de especialidad en médicos en formación, que toma en consideración factores como la personalidad, el prestigio de la especialidad, la remuneración económica, entre otros (4).

Dentro de las categorías apriorísticas pertinentes se incluyó entonces:

1. Influencia de la subespecialidad en la elección
2. Manejo y empatía con los pacientes
3. Prestigio y características de la sede hospitalaria
4. Estilo de vida
5. Potenciales causas para abandonar la especialidad

El motivo de desarrollar dos guías, fue por que la intención era explorar dos elecciones diferentes, la de aquellos que eligieron estudiar geriatría y la de aquellos que definitivamente no estudiarían geriatría, independientemente de la opción de especialidad que finalmente eligieron. Para ello se consensó entre dos de los investigadores (CGM y TVV) las preguntas que irían en cada una de las herramientas.

Ya con las herramientas conformadas, estas se ajustaron retirando preguntas que resultaron redundantes después de realizar el primer grupo focal de cada una de las posturas, debido a que la información que se buscaba obtener con las preguntas, se consiguió por medio de otras preguntas.

Las preguntas que se retiraron fueron las siguientes para la postura de no-geriatría:

1. En qué momento tomaron la decisión ¿al entrar a la carrera, en el internado, en el servicio social, en el último momento?
2. ¿Qué personas influyeron en la toma de decisión?

Una vez que se desarrollaron y ajustaron las guías, se revisaron las mismas por parte de TVV, CGM y CGCM para corroborar congruencia y comprensión de las preguntas. No se realizaron mayores ajustes y se decidió establecerlas como la versión definitiva. (Podrías mandar las entrevistas a anexo 1 y 2)

Una descripción detallada de las herramientas se puede ver en las tablas 2 y 3.



GRUPOS NO GERIATRÍA	
1.	¿En algún momento pensaste que podrías elegir geriatría como opción para tu especialidad?
2.	¿Cuál dirías que es la razón PRINCIPAL por la cual NO elegirías geriatría? a. Además de la razón principal ¿existen otros elementos que tomaste en cuenta para NO elegir geriatría? ¿Recordarán bien esos elementos? ¿Consideran que han sido determinantes en la elección?
3.	¿En qué momento tomaron la decisión de que definitivamente NO estudiarías geriatría: ¿al entrar la carrera, en el internado, en el servicio social, en el último momento?
4.	¿Hubo alguna persona o personas que influyeron para elegir geriatría?
5.	¿Qué componentes de tu personalidad cree que serían importantes para elegir NO estudiar geriatría
6.	¿Las características del estilo de vida de la especialidad de geriatría influyó para no elegirla? a. ¿Tomaste en cuenta aspectos de remuneración económica y reconocimiento social para no elegir geriatría?
7.	¿Qué tan importante piensas que fue el plan de estudios en tu carrera para elegir no estudiar la especialidad de geriatría?
8.	¿Cómo influyó la sede hospitalaria para tomar la decisión de no estudiar geriatría? (sedes en donde haz rotado o bien donde te gustaría estudiar)
9.	¿Consideras que conoces lo suficiente acerca de la geriatría como para estar seguro que JAMAS lo elegirías? ¿Qué información hace falta o está sesgada para tomar una decisión clara y convencida de la especialidad? ¿Tienes algún ejemplo?
10.	¿Qué más consideran que se debería preguntar en un cuestionario que evalúa los factores que influyen en la elección de especialidad?

Tabla 2. Herramienta para entrevista de grupos focales de la postura no-geriatría

GRUPOS GERIATRÍA	
1.	¿Qué elementos consideran que fueron más importantes para elegir la especialidad?
a.	¿Recordarán bien esos elementos? ¿Consideran que han sido determinantes en la elección? Si no consideran a los elementos como determinantes ¿Cómo describirían la influencia que tuvieron en la elección?
2.	¿En qué momento tomaron dicha decisión: ¿al entrar la carrera, en el internado, en el servicio social, en el último momento?
3.	¿Qué personas influyeron en la toma de decisión?
4.	¿Qué componentes de la personalidad cree que serían importantes para la elección de la especialidad?
5.	¿Qué características del estilo de vida, remuneración económica y reconocimiento social de la especialidad influyeron en su motivación para elegirla?
6.	¿Qué tan importante piensan que fue el plan de estudios de su universidad para elegir la especialidad?
7.	¿Cómo influyó la sede hospitalaria en donde han rotado y donde piensan estudiar la especialidad para tomar su decisión?
8.	¿El acoso (<u>bullying</u>) de sus superiores o de sus compañeros en tuvo algún impacto en la elección? Si es así ¿qué impacto tuvo?
9.	Ya estando en la especialidad si cambiara de decisión ¿Qué elementos cree que jugarían un papel en el cambio?
10.	¿Qué información hace falta o está sesgada para tomar una decisión clara y convencida de la especialidad? ¿Tiene algún ejemplo?
11.	¿Si no hubiera elegido la especialidad que eligió, cuál otra hubiera estudiado? ¿Por qué?
12.	¿Qué más consideran que se debería preguntar en un cuestionario que evalúa los factores que influyen en la elección de especialidad?

Tabla 3. Herramienta para entrevista de grupos focales de la postura geriatria

c) Recolección de datos

Las entrevistas se realizaron de manera virtual por distintas razones, en primer lugar, debido a que los participantes provenían de distintas partes del país, además de que al momento de realizar el estudio de investigación aún se encontraban vigentes diversas medidas sanitarias para evitar la propagación de la infección por SARS CoV 2.

Se evaluaron diversas herramientas para llevar a cabo las entrevistas, eligiendo finalmente la herramienta *Zoom* debido a su accesibilidad y considerando que ya existían

reportes en la literatura validando su uso específicamente en este tipo de investigación cualitativa, en entrevistas semiestructuradas y en grupos focales (41).

La plataforma *Zoom* posee la opción de grabar las reuniones que se llevan a cabo a través de la misma, convirtiéndolas a formato de video .mp4 lo cual facilitó la manipulación de la información posteriormente, ya que se trata de un formato de gran versatilidad y de fácil reproducción en casi todas las computadoras de uso personal. Esto directamente impactó en que no fue necesario realizar gastos o compras para la transcripción de la información.

Al inicio de cada uno de los grupos focales, se interrogó y se obtuvo consentimiento verbal para proceder con el grupo y grabar la sesión. Adicionalmente se realizó una grabación exclusiva de audio como respaldo en caso de que existieran problemas o fallas en la grabación de la plataforma.

Posteriormente, se realizó una transcripción detallada de cada una de las entrevistas, así como su respectiva asignación de identificadores, para poder reconocer el grupo y las características de los participantes para el análisis posterior, respetando la confidencialidad de los mismos, quedando de la siguiente manera: *NG1-17.09.2021-M_F*; *G1-28.10.2021-M_F* dependiendo del grupo y las características del participante.

Las transcripciones fueron revisadas por uno o dos de los participantes de cada uno de los grupos, quienes corroboraron que la información reflejada en la transcripción era fidedigna y que reflejaba de manera apropiada el contenido del grupo focal del cual fueron partícipes como método de confirmabilidad en la investigación (42).

d) Reflexividad y criterios de calidad

El enfoque cualitativo que se decidió utilizar en este proyecto de investigación, está sustentado en el pospositivismo, la fenomenología, el constructivismo y la teoría crítica que asumen que existen diversas realidades, las que son subjetivas y cuya construcción depende de las interacciones entre distintos elementos. Es un contraste con la investigación cuantitativa, basada en el positivismo en el que se asume que la realidad es objetiva y por lo tanto los resultados de las investigaciones son generalizables.

En el enfoque cuantitativo, se asume que la realidad puede y debe ser medida de forma rigurosa y controlada, para maximizar la reproducibilidad de los ensayos y, por tanto, su

validez, sin embargo, desde el punto de vista cualitativo, resulta contraproducente tratar de regular o modificar el estado usual en donde se dan las interacciones que se busca estudiar. Esta falta de control o alternativamente, esta libertad de los sujetos de investigación para actuar de manera natural, permite a los investigadores una comprensión más profunda, diversa y original del tema que se está estudiando, pero también supone un reto, ya que dificulta que se establezcan criterios de validez y fiabilidad para este tipo de investigaciones y por lo tanto arriesga la credibilidad de las mismas. Los investigadores cualitativos se ven confrontados con la problemática de cómo defender el rigor científico y la credibilidad de los ensayos cualitativos, sin perder la autenticidad y originalidad que aporta el enfoque.

Para ello, se han planteado diversos criterios de validez, siendo los propuestos por Guba y Lincoln los más reconocidos y los que se eligieron para nuestro estudio (43, 44):

Credibilidad: paralelo de la validez interna en estudios cuantitativos. Habla de la congruencia de los hallazgos con la realidad. En nuestro estudio, se logró mediante el acercamiento previo al tema, en la preparación para el estudio y revisión bibliográfica incluida como parte del marco teórico. Adicionalmente se sustenta en la triangulación realizada en la discusión.

Transferibilidad: hace alusión a proporcionar suficiente información del método de investigación. En el planteamiento de la investigación, se describen en detalle las etapas, intervenciones, herramientas y tiempos utilizados en el planteamiento y desarrollo de nuestro estudio, de manera que, si se desea, se pueden transferir los métodos para su aplicación en otros escenarios. Corresponde a la validez externa en estudios de investigación cuantitativa.

Dependencia: se refiere a ofrecer en el reporte información que permita comprender el método utilizado. En nuestro estudio, en la sección de métodos y procedimientos, se hace una descripción detallada acerca de todos los pasos tomados, incluyendo ajustes y modificaciones para lograr obtener nuestros resultados. Adicionalmente, durante la discusión se hace una evaluación reflexiva del proceso y nuestros resultados para complementar las debilidades identificadas mediante la triangulación.

Confirmabilidad: es el factor que busca dar objetividad al estudio. En este caso, se exponen de manera lo más detallada posible, los procesos y justificaciones para el análisis propuesto para los datos recolectados, para que sea posible cuando se lee el documento,

entender el proceso de toma de decisiones tratando de minimizar el sesgo que forzosamente se aporta desde la perspectiva de los autores, para ello adicionalmente se realiza una revisión de las características y antecedentes de los autores:

Carolina Gómez Moreno: Especialista en geriatría egresada del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), actualmente trabaja como parte del equipo de urgencias geriátricas en el Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias del INCMNSZ. Adicionalmente se encuentra cursando actualmente la Maestría en Ciencias en Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus líneas de investigación son en el área de vejez, sobre todo en el contexto de oncología geriátrica, así como investigación educativa enfocada en geriatría.

Tania Vives Varela: Doctora en Ciencias del programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Maestría en Comunicación y Tecnología Educativa por el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa (ILCE). Licenciada en psicología por la Universidad Iberoamericana. Actualmente Jefa del Departamento de Investigación en Educación Médica de la Secretaría de Educación Médica. Facultad de Medicina. UNAM. Desde el año 2016 Coordinadora de Investigación del Departamento de Informática Biomédica. Facultad de Medicina UNAM. En los años 2013-2016. Algunos de los temas de investigación en educación médica, en los que ha colaborado son: Incertidumbre en la formación de los médicos, El Ethos de la generación Z en estudiantes de medicina, Criterios de calidad en la investigación cualitativa en educación, La codificación en la teoría fundamentada, Burnout en estudiantes de medicina, entre otros. Su mayor gusto y experiencia está en la investigación cualitativa en educación.

Carlos Gutiérrez Cirlos Madrid: Especialista en Medicina Interna egresado del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). También, es maestro y doctor en Ciencias en Educación en Ciencias de la Salud por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es parte de la plantilla de profesores tanto de pregrado como de posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus líneas de investigación son en investigación educativa.

Indudablemente la experiencia de los autores contribuye a tener un entendimiento previo apropiado como para contribuir con la credibilidad del estudio, en especial con la experiencia

en investigación educativa de los autores involucrados, sin embargo, también es posible que en el proceso de análisis y triangulación se le dé mayor énfasis a los elementos que orienten a cuestiones como la discriminación en los adultos mayores, el edadismo o la educación desde el punto de vista de geriatría, particularmente por las vivencias personales de una de las autoras.

A pesar de las características de los investigadores en este punto, el grupo de autores es muy consciente del sesgo que existe y se considera fundamental reconocerlo de manera reflexiva como parte de la presentación del proceso y los resultados obtenidos.

Adicionalmente, se da mucha importancia dentro del grupo de trabajo, la vigilancia para que el análisis e interpretación de los datos sea lo más balanceado posible, tomando en cuenta las vivencias de los estudiantes independientemente si eran similares o diferentes a las vivencias de los autores.

Otro de los aspectos a considerar es el hecho de que todos los autores están involucrados en el área de atención en salud y por su experiencia en el área educativa pueden existir también sesgos asociados con las intervenciones previas con estudiantes de medicina en distintos grados. Es posible que otras vivencias impacten de alguna u otra manera en las impresiones de los autores y contribuyan con ideas preconcebidas de los estudiantes de medicina, por lo que se realizará un esfuerzo en unificar los criterios de codificación y en tratar de equilibrar las opiniones de cada uno de los autores.

IX. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Toda la información se almacenó en un disco duro portátil específico para la investigación, únicamente los investigadores CGM, TVV y CGCM tuvieron acceso directo a las grabaciones de las entrevistas para garantizar la confidencialidad de los estudiantes que participaron. Únicamente CGM tuvo acceso a la información completa de contacto de los participantes y no se realizó ningún señalamiento que permita identificar a los estudiantes durante el proceso de análisis de información. Los participantes tenían la libertad de mantener la cámara de sus dispositivos encendida o apagada según su preferencia para favorecer la comodidad en su participación.

Al finalizar cada una de las entrevistas se realizó una revisión del contenido entre CGM y TVV y al término del segundo grupo de cada una de las posturas se consideró que se había alcanzado el punto de saturación, es decir, el punto en la investigación en donde un incremento en el número de muestra, no redundaba en nuevos descubrimientos (45). Una revisión independiente del material se realizó por CGCM quien corroboró que se llegó al punto de saturación con los grupos focales, por lo que se estableció que ya no era necesario conformar más grupos focales.

Con la grabación de las entrevistas se obtuvo un total de 4.3 horas de video, alrededor de 1 hora de video por cada entrevista, este material fue el que se utilizó para la transcripción de la cual se plasmaron un poco más de 60 páginas, un promedio de 15 páginas por hora de video transcrita.

Se realizó el análisis de las transcripciones de manera independiente por parte de los investigadores (CGM, TVV y CGCM).

Como primer paso, se realizó una codificación de cada una de las entrevistas a través del software Atlas.ti 9.1.3, mediante las herramientas del software, fue posible marcar las categorías directamente sobre la transcripción. La codificación utilizada fue la que se denomina de tipo axial, justamente porque se realizó un proceso de relación de las categorías con sus subcategorías, siendo la categoría el “eje” a partir del cual se enlazan en cuanto a sus propiedades y sus dimensiones, la idea era formar una explicación más completa y precisa del fenómeno de selección o rechazo de una especialidad (28).

Una vez que los testimonios de las transcripciones de los grupos focales se codificaron, se realizó una comparación entre los hallazgos de los investigadores (CGM, TVV y CGCM), para obtener la unificación de criterios en la codificación para identificar discrepancias y agregar códigos en caso necesario (42). En caso de desacuerdo o discrepancia entre la asignación de códigos entre dos investigadores, se utilizó el criterio del tercer investigador para establecer la decisión. Si existía disparidad en la opinión de tres investigadores, se realizó una reevaluación de la información hasta llegar a un acuerdo entre por lo menos 2 de los investigadores participantes.

El segundo paso en el análisis de la información consistió en agrupar los códigos para formar diversas categorías principales, categorías secundarias y subcategorías. Con esta

agrupación, se realizó una estructuración de los datos y se complementó el árbol de categorías que se había formado apriorísticamente basado en el trabajo de Gutiérrez-Cirlos (14).

Cabe mencionar que previo a la codificación, se identificaron categorías previamente reportadas utilizando el trabajo de Gutiérrez-Cirlos et al, 2017 como referencia, sin embargo, conforme se fueron analizando las entrevistas, nuevos temas y subtemas se fueron añadiendo a las categorías en función de los códigos asignados.

En la Tabla 4 se puede observar una descripción detallada de las categorías identificadas.

Tabla 4. Categorías principales, categorías secundarias y subcategorías

Categorías principales	Categorías secundarias	Subcategorías
Características de los pacientes	Complejidad de los pacientes y su evaluación	
	Prevalencia de enfermedades crónicas	Enfoque en control y no en curación de enfermedades
	Pacientes complicados	
	Relación médico-paciente compleja	
	Vulnerabilidad y alta demanda de atención en salud	
Conocimiento de la especialidad	Necesidad de evaluación integral de los pacientes	
	Contacto con geriatras y/o servicios de atención geriátrica	Entendimiento de las áreas de investigación de la especialidad
Falta de conocimiento de la especialidad	Conocimiento previo de la especialidad	Entendimiento del campo profesional de la especialidad
	Pobre o falta de consciencia de la geriatría como especialidad	Conocimientos vagos sobre las áreas académicas y de investigación de la especialidad
	Información insuficiente con respecto a la especialidad	Conocimientos vagos o falta de consciencia sobre el campo laboral de la especialidad
Factores académicos	Influencia de los hospitales	
	Experiencias previas negativas	Docentes con poco interés o de mala calidad
	Influencia del currículo universitario	Inclusión insuficiente de temas de geriatría en el currículo de la carrera
	Experiencias previas positivas	Profesores o mentores apasionados y/o de alta calidad
Factores de personalidad y vivencia de la experiencias	Preferencias personales	
	Componentes de la personalidad	Paciencia y empatía Falta de empatía
	Experiencias personales previas negativas	Familiares cercanos con impacto negativo en los estudiantes
		Rotaciones clínicas con impacto negativo en los estudiantes
	Influencia de la familia	Relaciones estrechas con familiares adultos mayores
		Consejo de familiares cercanos
	Experiencias personales previas positivas	Impacto positivo de adultos mayores familiares cercanos
Factores de compensación económica y prestigio	Estilo de la vida y prestigio asociado con la especialidad	
	Compensación económica de la especialidad	Percepciones positivas sobre la remuneración económica de la especialidad
		Percepciones negativas sobre la remuneración económica de la especialidad
	Nociones positivas de la especialidad	
	Nociones negativas de la especialidad	
Potencial académico y/o profesional asociado con la especialidad		
Factores sociales y emocionales	Dinámica familiar compleja	
	Impacto emocional de los pacientes en los estudiantes	
	Abandono y/o maltrato de los pacientes	
	Retos para la comunicación	
	Dilemas éticos	
	Viejismo y/o auto-viejismo	
Influencia de acoso o "bullying" en los estudiantes		
Impacto de la pandemia COVID-19	Sin impacto	
	Impacto positivo para elegir geriatría	
Momento de elección	Antes de entrar a la escuela de medicina	
	Durante la carrera de medicina	
	Durante el internado rotatorio	
	Al último momento	

X. RESULTADOS

Las invitaciones realizadas a través de las redes sociales, mostraron ser altamente efectivas para el reclutamiento de estudiantes que quisieron participar. En 72 horas se obtuvo el 90 % de la muestra total que se utilizó para conformar los grupos focales.

De manera interesante, durante gran parte de esas primeras 72 horas después de haber publicado las invitaciones, los investigadores fueron capaces de contactar y armar la base de datos de contactos a través de un teléfono celular, sin necesidad de muchos recursos adicionales.

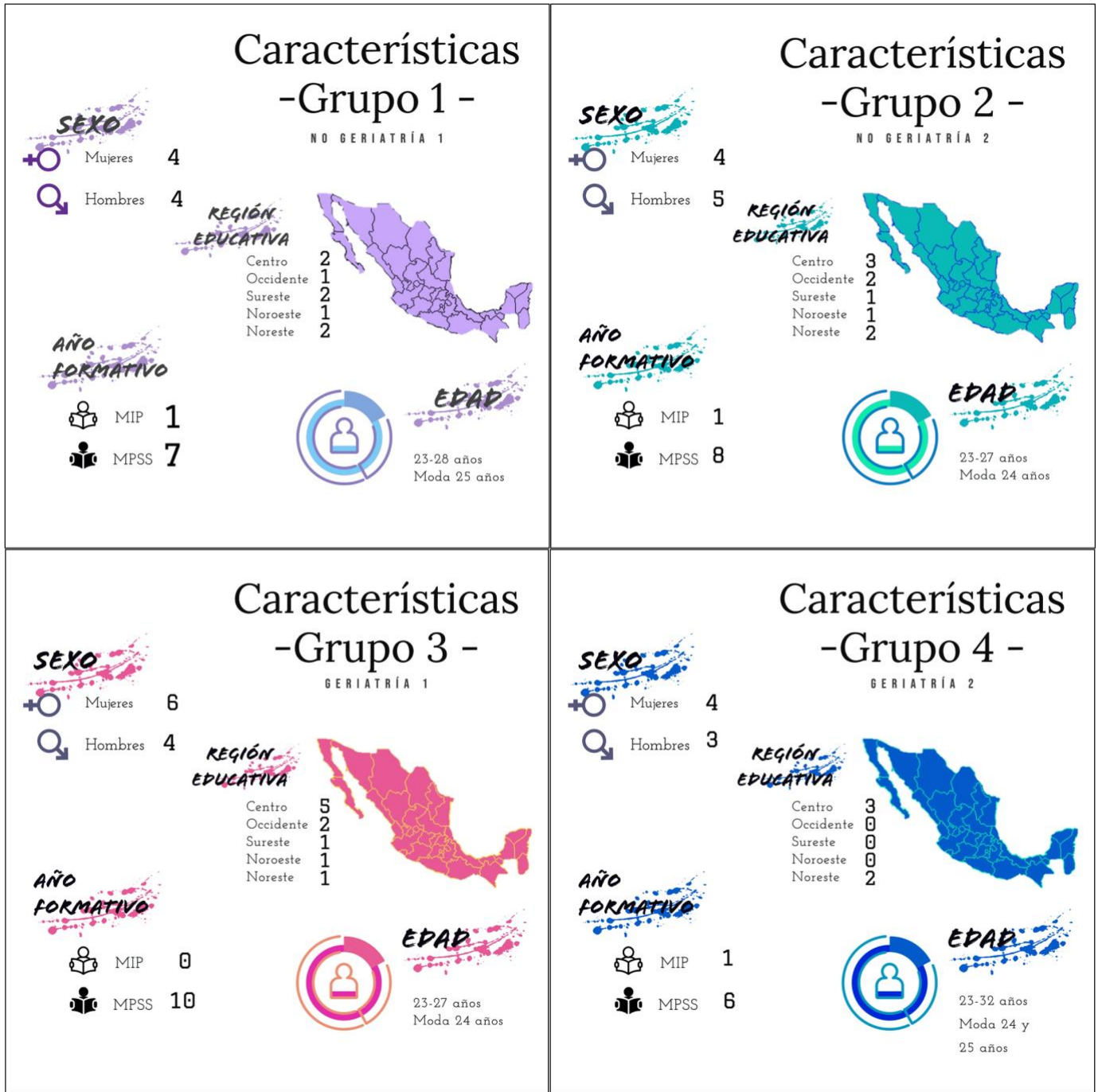
Hubo una mayor y más rápida respuesta por parte de aquellos estudiantes que no elegirían geriatría, lo cual resultó contrario a lo esperado por el equipo de investigación. Alrededor de un 20 % de los participantes que no elegirían geriatría como especialidad, fueron muy explícitos al momento de expresar su rechazo a estudiar la especialidad a la vez que se mostraban muy interesados en participar para explicar sus motivos para no elegir geriatría.

También llamó la atención que los estudiantes que eligieron geriatría presentaron 2 perfiles muy marcados, un grupo se mostró activo y participativo, no únicamente se incluyeron en la muestra de estudio, sino que activamente buscaron de manera independiente contactar amigos y conocidos que también habían elegido geriatría.

El segundo perfil fue participativo, pero mucho más pasivo, con mayor dificultad para lograr concertar un momento para la realización del grupo focal y, además, con una mayor tasa de estudiantes que no se conectaron a la reunión, a pesar de que previamente habían confirmado y se habían hecho algunos ajustes en tiempos para poder incluirlos.

La muestra final incluyó 34 estudiantes que se repartieron en los distintos grupos focales. Un 52 % de la muestra fueron mujeres. La región con mayor número de participantes fue la región del Centro con un 44 % del total. En la figura 1 se observan algunos detalles de la composición de cada uno de los grupos focales.

Figura 2. Características de los grupos focales.



Grupo 1 y 2: grupos de estudiantes que rechazaron geriatría. Grupo 3 y 4: grupos de estudiantes que seleccionaron geriatría. MIP: médico interno de pregrado; MPSS: médico pasante de servicio social.

Tabla 5. Características de los participantes		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujer	18	52
Edad		
23	5	14.70
24	14	41.17
25	8	23.52
26	4	11.76
≥27	3	8.82
Región educativa		
Centro	15	44.11
Occidente	5	14.70
Noreste	7	20.58
Noroeste	3	8.82
Sudeste	4	11.76
Año académico		
Internado rotatorio	3	8.82
Servicio social (actual)	28	82.35
Servicio social (finalizado)	3	8.82

Alrededor del 83 % de los estudiantes se encontraban cursando o ya habían finalizado su año de servicio social, mientras que solo un 9 % de los estudiantes que participaron se encontraban aún en el internado rotatorio de pregrado. En la tabla 4 se describen con mayor detalle las características de los participantes.

Como se comentó previamente, en el segundo nivel de análisis, se decidió realizar una agrupación de todas las categorías en 4 temas principales, que se consideró que de manera general englobaban de manera clara todos los elementos que se identificaron en el primer paso que fue en donde se generó el árbol de categorías.

Los temas centrales fueron los siguientes:

Características de los pacientes: se incluyeron todas las categorías y subcategorías que hablaran acerca del tipo de pacientes que son valorados en la especialidad de geriatría, ya fueran ideas o percepciones o conocimiento generado de contacto y experiencias previas con personas mayores. Algunas de las características que se registraron según lo comentado por los estudiantes que participaron fueron: particularidades y retos en la comunicación,

presencia de multi-comorbilidad, presentaciones atípicas y complejidad para el abordaje y diagnóstico, limitaciones en el tratamiento y alto riesgo de complicaciones.

Entendimiento de la especialidad: se incluyeron las categorías y subcategorías que evidenciaban que los estudiantes tenían conocimiento o tenían falta del mismo sobre lo que comprende la geriatría como especialidad, ya fuera sobre el tipo de pacientes, las patologías vistas y otros temas relacionados con el estudio de la especialidad, así como la comprensión de lo que incluye el campo profesional y académico de la especialidad.

Elementos formativos: se incluyeron categorías y subcategorías que comprendían los aspectos académicos de lo expresado en las entrevistas, específicamente acerca de las experiencias formativas formales o falta de las mismas, por ejemplo, la inclusión de temas de geriatría en el currículo universitario, las rotaciones clínicas o cursos ya fueran obligatorios u optativos. Se incluyó también la información relacionada con las experiencias vividas con mentores en relación con la especialidad. Se decidió incluir el impacto que tuvo la pandemia en su formación y finalmente el momento en su carrera en el que se tomó la decisión de rechazar o elegir geriatría.

Elementos socioculturales: se incluyeron las categorías y subcategorías que hablaban de la personalidad, los factores económicos y de prestigio, los factores sociales y los factores emocionales. Se optó por incluirlos en la misma categoría ya que se identificó una relación marcada entre los elementos. Al final de la agrupación se encontró un gran número de citas en el grupo por lo que se subdividió en dos partes para su representación y descripción:

Elementos socioculturales 1: se incluyeron las citas relacionadas con la personalidad y sobre experiencias vividas.

Elementos socioculturales 2: se incluyeron las citas relacionadas con el prestigio y consideraciones económicas de la especialidad, así como las citas que hablaron del impacto emocional asociado al contacto con la especialidad o con personas mayores.

Con este segundo nivel de análisis, se buscó lograr más facilidad en el manejo de toda la información obtenida de las entrevistas, dado que la cantidad de datos fue muy significativa como era de esperarse. Al integrar todos los puntos derivados de la codificación y clasificación inicial en las categorías pre-existentes y dividirlos en 4 grandes temas, fue posible identificar de manera más clara como los elementos incluidos en cada tema

interactuaban entre sí y como los 4 temas centrales se relacionaban a su vez el uno con el otro, y como todos impactaron en mayor o menor en la toma de decisión de cada uno de los estudiantes ya fuera para seleccionar o para rechazar geriatría.

A continuación, se presentan los resultados de los dos pasos del análisis con las citas correspondientes:

1. Características de los pacientes

En el primer tema central cómo se comentó en párrafos anteriores, se decidió incluir todos aquellos aspectos que hacían alusión a las características de los pacientes que se tratan como parte del trabajo de geriatría. Se observó de forma muy clara que dichas características, definitivamente tuvieron peso en la decisión de los estudiantes en ambos grupos, sin embargo, la percepción de las mismas tuvo un efecto diametralmente opuesto entre los estudiantes de cada uno de los grupos, información más detallada puede encontrarse en la Tabla 6.

Se encontró que el grupo que rechazó geriatría hizo algunas declaraciones que evidenciaron percepciones concebidas previamente de las personas mayores por parte de los estudiantes y no tanto una descripción objetiva acerca de cuáles eran las características específicas de los pacientes que directamente impactaron en su percepción. Es decir, algunas citas del grupo que rechazó geriatría incurrieron en varias generalizaciones o presunciones acerca de los pacientes, por ejemplo, uno de los médicos comentó *“Tratar con adultos mayores es muy difícil, son personas que ya no escuchan bien, la capacidad cognitiva está bien en algunos, no siguen instrucciones...”* NG1-17.09.21_M, mientras que otra participante comentó: *“Los adultos mayores simplemente no son buenos pacientes”* NG1-17.09.2021_F.

En ambos ejemplos, en realidad no se habló acerca de las características de manera objetiva, sino que los comentarios se hicieron como aseveraciones, claramente incluyendo a la totalidad de las personas mayores, lo cual obliga a cuestionar que tanto del comentario está basado realmente en una serie de experiencias o en ideas preconcebidas acerca de esta población.

Fueron los mismos médicos comentaron que su rechazo estaba basado en prejuicios: *“Porque muchas veces nosotros tenemos estereotipos. De que pudiera llegar a ser una carga*

o de que es alguien con muchas enfermedades o algo por el estilo” NG2-21.10.2021_F. En esta cita se vio de manera muy explícita que la doctora era consciente que son por lo menos en parte los estereotipos los que han impactado en su percepción de la especialidad, si bien también incluyó el elemento objetivo característico de este grupo de pacientes, como lo es una mayor carga de comorbilidad. Estas declaraciones, reflejaron que los estudiantes reconocieron que su conocimiento sobre las características de los pacientes puede estar parcialmente sesgado por otros elementos ajenos a las experiencias personales y la vivencia que se pudiera derivar de las mismas.

No todas las citas fueron de manera exclusiva percepciones o prejuicios, varias de las citas sí describieron características objetivas que se observan con mayor frecuencia en los adultos mayores, en general estas observaciones iban acompañadas de la opinión que les había generado la vivencia de la experiencia, por ejemplo: *“Sentía que era muy triste o muy difícil tratar a los adultos mayores. Sobre todo, los que están abandonados o que tienen muchas enfermedades y al final dejan de ser funcionales” NG2-21.10.2021_F.* En estas citas se describieron características que también pueden ser prevalentes en las personas mayores y la manera en la que el estudiante vivió e interpretó esos elementos, describiéndolas como algo “triste” o “difícil”.

Por otro lado, el grupo que decidió elegir geriatría, hizo declaraciones acerca de lo que les agradaba sobre la especialidad. A diferencia de algunas de las citas del grupo que rechazó geriatría, en estas citas se pudo observar principalmente que los estudiantes describían algunos elementos objetivos asociados con las personas mayores, por ejemplo, la complejidad de los casos, el incremento en la proporción de personas mayores en la población, la integralidad y multi-disciplinariedad necesaria para su correcto abordaje, a la vez que expresaban la interpretación que se le dio por su parte a estas características lo cual se evidenció como algo positivo o que fue del agrado de estos estudiantes.

Cabe resaltar de nueva cuenta que no todas las citas del grupo que rechazó geriatría eran meramente estereotipos o prejuicios, sin embargo, sí se observó con mayor frecuencia este tipo de declaraciones al compararlo con lo comentado por los estudiantes que decidieron sí estudiar geriatría.

Tabla 6. Temas centrales y citas: características de los pacientes

Características de los pacientes	
<p>Habla del tipo de pacientes que son valorados en la consulta de geriatría, ya sean ideas y percepciones o conocimiento fundamentado por experiencias previas. Incluye particularidades en la comunicación, presencia de multi-comorbilidad, presentaciones atípicas que suponen mayor complejidad en el diagnóstico, las limitantes del tratamiento y el alto riesgo de complicaciones.</p>	
Postura	Citas
No-geriatría	<p><i>"Tratar con adultos mayores es muy difícil, son personas que ya no escuchan bien, la capacidad cognitiva está bien en algunos, no siguen instrucciones, sus familiares a veces no quieren ayudar, entonces como que tratar con todos esos aspectos de la vida del paciente se me hacen muy difíciles"</i> NG1-17.09.2021_M</p> <p><i>"Los adultos mayores simplemente no son buenos pacientes"</i> NG1-17.09.2021_F</p> <p><i>"Muchas personas ya tienen sus ideas muy arraigadas y no les gusta que otra persona, sobre todo cuando nos ven como recién egresados, les digamos que deberían de hacer con su salud"</i> NG1-17.09.2021_F</p> <p><i>"Es muy triste cuando están muy descompensados o cuando están muy enfermos y a veces solo les puedes ofrecer cuidado paliativo"</i> NG1-17.09.2021_F</p> <p><i>"Me di cuenta que los pacientes geriátricos necesitan una cantidad excesiva de cuidados"</i> NG1-17.09.2021_M</p> <p><i>"Sentía que a veces era muy triste o muy difícil tratar a los adultos mayores. Sobre todo a los que están abandonados o que tienen muchas enfermedades y al final dejan de ser funcionales"</i> NG2-21.10.2021_F</p> <p><i>"Y son patologías que llevan tiempo y que por la edad son características de esos pacientes. No se pueden curar dando una pastilla o una cirugía"</i> NG2-21.10.2021_M</p> <p><i>"A mi me resulta muy frustrante porque las intervenciones que puedes llegar a hacer algunas veces no van a tener frutos, porque no van a ser realizadas por el paciente o por su cuidador primario"</i> NG2-21.10.2021_F</p> <p><i>"Pero ahí me di cuenta que geriatría no me gustaba por muchos motivos. Principalmente por la dinámica de la relación médico-paciente, que no solamente es con el paciente, sino con sus cuidadores, con su familia con otros actores que no siempre cooperan"</i> NG2-21.10.2021_F</p> <p><i>"Porque muchas veces nosotros tenemos estereotipos. De que puede llegar a ser una carga o de que es alguien con muchas enfermedades o algo por el estilo"</i> NG2-21.10.2021_F</p>
Geriatría	<p><i>"Me gusta mucho incluir esos componentes psicológicos, sociales, ver lo que rodea a un paciente y no solo incidir en la patología directamente"</i> G1-28.10.2021_M</p> <p><i>"En el año de servicio prácticamente la mayoría de la población es paciente con [enfermedades] crónico-degenerativas, adultos mayores"</i> G1-28.10.2021_M</p> <p><i>"Te pueden contar sus historias, son humanos que llegan a ese punto de su vida y son muy sensibles y necesitan un trato diferente. Creo que la geriatría integra esa parte humana y bonita, además de todo lo interesante de la medicina"</i> G1-28.10.2021_F</p> <p><i>"Cuando estaba en el semestre de geriatría me daba cuenta que un solo dato que tenía el paciente, le podías encontrar 50 causas"</i> G1-28.10.2021_F</p> <p><i>"Como se junta todo en la geriatría, lo social, lo emocional, los puntos. Siento que un geriatra es un todólogo, porque tienes que saber de todo, hasta de trauma y cosas y así. Los efectos adversos o las secuelas de cirugías, se me hace una especialidad muy interesante"</i> G1-28.10.2021_M</p> <p><i>"A mi lo que me gusta es hacerme bolas con diferentes patologías, fisiopatologías y diferentes problemas en el mismo paciente, tal y como pasa en un paciente geriátrico"</i> G2-30.10.2021_M</p> <p><i>"Más que nada se hace un acompañamiento integral al paciente y le ayudas a tener un mejor desenlace"</i> G2-30.10.2021-F</p> <p><i>"Tal vez no puedes dar un tratamiento en específico para ciertas enfermedades, como algunas demencias, pero puedes ayudar a que tengo una mejor calidad de vida y no solamente para el paciente, sino que al momento de tratarlo también estás mejorando la vida de las personas que los rodean."</i> G2-30.10.2021_F</p> <p><i>"No solo era saber que patología tiene y cómo se trata, sino tomar en cuenta el contexto del paciente para poder tratar esa patología, es decir no es solo decirle al paciente que si tiene diabetes tiene que mejorar su alimentación, sino tomar en cuenta hechos tan simples como que muchas veces muchos médicos ignoran, como si es que tiene dientes o no para poder consumir ciertos alimentos. Eso me llamó mucho la atención, por que siento que son cosas que pueden ser cambios determinantes en la vida de estos pacientes para mejorar su calidad"</i> G2-30.10.2021_M</p>
<p>Temas centrales, posturas y citas G1, G2, grupo geriatría 1 y 2; NG1, NG2 grupos no-geriatría 1 y 2; F: femenino, M: masculino</p>	

2. Entendimiento de la especialidad

Tabla 7. Temas centrales y citas: entendimiento de la especialidad	
<p>Entendimiento de la especialidad Habla del conocimiento sobre el tipo de pacientes, las patologías y otros temas relacionados con la especialidad de geriatría así como la comprensión del campo profesional y académico que es cubierto por los especialistas en geriatría, este entendimiento puede venir de un entrenamiento formal como parte del currículo de la escuela de medicina o empírico por contacto con geriatras o servicios de geriatría.</p>	
Postura	Citas
No-geriatría	<p><i>“Nunca tuve la clase de geriatría, entonces no se realmente que patologías ven, tengo una idea que ven enfermedades crónicas, pero no estoy segura, entonces por eso nunca consideré estudiarla” NG1-17.09.2021_F</i></p> <p><i>“En la universidad en donde estudié, de hecho en mi ciudad, no conozco ningún geriatra, no se si haya alguno” NG1-17.09.2021_M</i></p> <p><i>“Hay mucha desinformación acerca de la geriatría...o sea, ni siquiera los mismos médicos saben qué es o cuando referir un paciente a geriatría...” NG1-17.09.2021_F</i></p> <p><i>“Mi problema es que ni siquiera conozco suficientes geriatras para estar seguro si me gusta o no la especialidad, tuve unas clases en la carrera pero no las suficientes como para tener una opinión acerca de la geriatría” NG2-21.10.2021_M</i></p> <p><i>“Yo creo que no tenemos suficiente contacto con los servicios geriátricos, los hospitales no permiten que tengas contacto con geriatría, o sea sabes que existe el servicio y está bien pero me refiero...¿Cómo se supone que te guste algo que no conoces?” NG2-21.10.2021_M</i></p>
Geriatría	<p>CITAS SOBRE DESCONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD</p> <p><i>“Creo que existe una falta de acceso a la información sobre geriatría, la información ahí está, pero no es como con pediatría o con ginecología en donde la información ya está ahí y es accesible” G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>“Supongo que un problema es que no muchos de nosotros tenemos experiencia con un servicio de geriatría, si los estudiantes no conocen el servicio, no les puede interesar y la cosa es que no muchos hospitales del país tiene departamento de geriatría” G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>“Yo creo que la información disponible acerca de la especialidad es incorrecta o insuficiente, la mayoría de los que se interesan en la especialidad tienen que buscar la información por su cuenta” G2-30.10.2021_F</i></p> <p><i>“Siento que no solo los doctores, sino tampoco la sociedad sabe sobre la especialidad” G2-30.10.2021_M</i></p> <p>CITAS SOBRE CONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD</p> <p><i>“Personas importantes, uno puede tener la idea de querer geriatría, pero hasta que te paras ahí y conoces a los geriatras, los residentes y ves cómo se mueven, creo que es algo que influyó. Empiezas a ver el perfil del geriatra, su estilo de vida y para mí creo que ahí fue el punto decisivo. Pero además creo que son personajes que influyeron en confirmar la decisión.” G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>“Me gustaba mucho como trataban los residentes a los pacientes. Ellos mismos les calculaban sus dietas y me gustaba ver como evolucionaban los pacientes. Esperaba a que bajaran los geriatras a verlos porque decían que los escuchaban y que los trataban muy bonito, a diferencia de otros servicios. Ahí fue cuando dije que quería estudiar eso” G2-30.10.2021_F</i></p> <p><i>“Las personas que han influido en la toma de la decisión fueron geriatras, maestros míos ahorita que estoy trabajando en piso de hospitalización” G2-30.10.2021_F</i></p>
<p>Temas centrales, posturas y citas G1, G2, grupo geriatría 1 y 2; NG1, NG2 grupos no-geriatría 1 y 2; F: femenino, M: masculino</p>	

En el tema central de “Entendimiento de la especialidad” se observó que ambos grupos expresaron de forma consistente, que el conocimiento disponible sobre la especialidad en geriatría es escaso. Las citas y ejemplos se observan en la Tabla 7.

Esta falta de información se identificó por parte de los estudiantes, no únicamente en el contexto de la comunidad médica educativa o clínica, sino también en personas la sociedad en general: *“Siento que no solo los doctores, sino tampoco la sociedad sabe de la especialidad” G2-30.10.2021_F.*

También se expresó que las experiencias formativas clínicas, fueron muy limitadas en los temas relacionados con la geriatría, tanto en el grupo que rechazó como en el que eligió geriatría, por ejemplo, uno de los médicos comentó: *“Yo creo que no tenemos suficiente contacto con los servicios geriátricos, los hospitales no permiten que tengas contacto con geriatría, o sea sabes que existe el servicio y está bien, pero me refiero... ¿Cómo se supone que te guste algo que no conoces?” NG2-21.10.2021_M.*

Este tipo de reflexiones, sugirió que probablemente existe, un gran número de estudiantes de medicina en el país, que tuvieron experiencias formativas, ya sea en la universidad o en áreas clínicas, limitadas con respecto a geriatría.

Adicionalmente y como lo comentó otra de las médicas, más allá de información limitada, se identificó un sesgo claro acerca del acceso al conocimiento de la especialidad al compararse con otras áreas médicas: *“Creo que existe una falta de acceso a la información sobre geriatría, la información ahí está, pero no es como con pediatría o con ginecología en donde la información ya está ahí y es accesible” G1-28.10.2021_F.* Los estudiantes identificaron que existe una tendencia a distintos niveles de la comunidad médica, de fomentar ciertas áreas mientras se le da menos importancia a otra y que esto tuvo un impacto en la cantidad de conocimiento que llegaron a tener durante sus años formativos en distintas especialidades.

El grupo que eligió geriatría, resaltó de igual manera la limitación del conocimiento, comentando incluso que mucha de la información que obtuvieron durante su formación, se logró adquirir gracias a un interés y esfuerzo personal adicional. Ninguno de los estudiantes refirió dicho esfuerzo como excesivo, pero si observaron, al igual que los grupos que rechazaron geriatría, que hay una disparidad en la promoción y disponibilidad de información entre unas especialidades y otras.

Los médicos que eligieron geriatría, comentaron sobre experiencias previas con servicios de atención geriátrica, interacción con residentes de geriatría o bien con adscritos en geriatría

y hablaron del impacto que tuvieron dichas interacciones en su percepción de la especialidad, así como el impacto en la selección de la misma.

3. Elementos formativos:

En este tema, se encontraron algunos de los puntos que se tocaron por ambos grupos con mayor frecuencia en la totalidad de las entrevistas, sobre todo con respecto a la falta de experiencias formativas significativas relacionadas en específico con geriatría. Podemos ver ejemplos de citas por postura en la Tabla 8.

Más allá de que no había de contacto académico con la geriatría, muchos de los resaltaron que la calidad de la formación o de las rotaciones clínicas fueron de una calidad marcadamente inferior al compararla con otras materias.

Uno de los médicos comentó al respecto: *“Tuve la materia de geriatría, pero fue tan mala que no me acuerdo de ella”* NG2-21.09.2021_M. En el comentario, el médico resaltó dos aspectos relevantes, por un lado, que hay evidencia en su experiencia que se tocaron los temas referentes a geriatría, pero que estos no tuvieron un impacto positivo en su percepción de la materia.

Los estudiantes reconocieron una deficiencia en la calidad de sus experiencias académicas en la facultad, que posteriormente tuvo repercusiones en el ámbito clínico que una de las estudiantes manifestó de la siguiente manera: *“En la carrera tuve la clase de geriatría, pero cuando tuve contacto con pacientes geriátricos durante el internado, me di cuenta que no sabía nada de las herramientas para evaluarlos, no tenía idea sobre los síndromes geriátricos, nada, prácticamente no tuve la clase”* NG2-21.09.2021_F.

Sobre la misma línea hubo varias citas y los estudiantes también expresaron la frustración que les generó este desconocimiento de la especialidad, sobre todo cuando en varios momentos de su carrera, tuvieron contacto con personas mayores.

Más de un estudiante expresó abiertamente que consideraban que las universidades y otras instituciones educativas demostraban con la baja calidad en la formación geriátrica que era un tema al que no se le daba la misma seriedad al compararla con otras materias. Resaltaron que los médicos encargados de la materia en ocasiones no tenían la formación como especialistas en geriatría, que las clases en esa materia eran más informales y que los

temas que se trataban no tenían tanta utilidad o no se veían de una manera que ellos pudieran aplicar al entrar en contacto con estos pacientes:

“Creo que las universidades deberían tomarse la geriatría más en serio, debería de enseñarse como cualquier otra materia como obstetricia o cirugía, también en los hospitales se debería de respetar más el servicio, permitir que los internos y residentes conozcan la especialidad” NG2-21.09.2021_F.

En el comentario de la estudiante de medicina, queda manifiesta la sensación de que de alguna manera la materia de geriatría no se toma en serio, no hizo alusión a las diferencias específicas de la materia al compararla con otra, pero es evidente a través de lo que comentó, que sí hay una diferenciación entre lo que se considera una materia “normal” y que la geriatría por alguna razón no se está incluyendo en esta descripción por parte de las universidades.

De forma generalizada, los estudiantes consideraron que las experiencias académicas deficientes en geriatría, tenían un impacto negativo en sus carreras, independientemente de la especialidad que eligieron, en el grupo de los estudiantes que finalmente rechazaron geriatría como especialidad se comentó que esta falta de seriedad en el currículo relacionado con geriatría impactaba en su calidad como médicos generales:

“Pienso que, si las escuelas lo van a incluir dentro del currículo, deberían incluirlo como una materia seria. Se supone que las facultades de medicina por eso están insistiendo que forman buenos médicos generales, que posteriormente se pueden convertir en especialistas, pero la geriatría es un pilar de la medicina general” NG2-21.10.2021_F.

En el grupo de estudiantes que seleccionó geriatría algunos comentarios resonaron con lo expresado por sus compañeros del grupo que rechazó geriatría, algo similar a lo que se observó con respecto al conocimiento o desconocimiento de la especialidad, en donde muchos estudiantes de ambos grupos describieron experiencias similares, principalmente negativas en relación con la especialidad desde el punto de vista académico, la diferencia residió en que los estudiantes que sí eligieron geriatría finalmente tuvieron otras experiencias u otras circunstancias que les permitieron sobreponerse a esa impresión negativa inicial.

Tabla 8. Temas centrales y citas: elementos formativos

Elementos formativos	
Habla de las experiencias académicas formales, o falta de las mismas, relacionadas con la especialidad de geriatría, inclusión de temas de geriatría en el currículo de la escuela de medicina, rotaciones clínicas o cursos obligatorios u optativos. También habla de la vivencia de las experiencias con docentes encargados de impartir temas relacionados con geriatría.	
Postura	Citas
No-geriatría	<p><i>"La verdad es que no recuerdo haber tocado mucho los temas de geriatría más que en un semestre si acaso" NG1-17.09.2021_F</i></p> <p><i>"El doctor que me dio geriatría, no recuerdo si era médico general o internista pero si sé que no era geriatra. No se veía interesado en dar la clase, nosotros teníamos que dar los temas, pero no le importaba, con que fueras ya con eso pasabas entonces eso me dio muy poca motivación para aprender de la especialidad" NG1-17.09.2021_M</i></p> <p><i>"En la carrera tuve clase de geriatría, pero cuando tuve contacto con pacientes geriátricos durante el internado, me di cuenta que no sabía nada de las herramientas para evaluarlos, no tenía idea sobre los síndromes geriátricos, nada, prácticamente no tuve la clase" NG2-21.09.2021_F</i></p> <p><i>"Tuve la materia de geriatría, pero fue tan mala que no me acuerdo de ella" NG2-21.09.2021_M</i></p> <p><i>"Creo que las universidades deberían tomarse la geriatría más en serio, debería de enseñarse como cualquier otra materia como obstetricia o cirugía, también en los hospitales se debería respetar más el servicio, permitir que los internos y residentes conozcan de la especialidad" NG2-21.09.2021_F</i></p> <p><i>"Pienso que si las escuelas lo van a incluir en el currículo, deberían incluirlo como una materia seria. Se supone que las facultades de medicina por eso están insistiendo en que forman buenos médicos generales, que posteriormente se pueden convertir en especialistas, pero la geriatría es un pilar de la consulta del médico general" NG2-21.10.2022_F</i></p> <p><i>"Te das cuenta cuando llegas al servicio y ves un montón de pacientes geriátricos, son el pan de cada día. Y si no llevaste la materia ¿Cómo quieren que diagnostiques? Claro que te puedes poner a estudiar por tu cuenta, eso ya es tu responsabilidad ¿Pero de qué sirve tenerla un semestre si no te enseñaron nada? Solo ir a perder el tiempo, a calentar la silla, no se me hace" NG2-21.10.2021-F</i></p> <p><i>"El problema no es tanto que la doctora me haya hecho odiar la geriatría, el problema es que no me dio un acercamiento nunca. Ni siquiera me acuerdo de la clase por que aparte empezó en mi último semestre. Yo acabé la carrera en 2020, justo mi semestre se vio interrumpido por la pandemia y la doctora se desapareció, ni siquiera nos dio clases en línea, al final nos calificó ya de que dios los bendiga" NG2-21.10.2021_F</i></p> <p><i>"En mi caso la persona que me dio geriatría en la facultad fue una médico general. Nosotros exponíamos y prácticamente casi ni intercambiábamos ideas con la doctora, estuvo muy plana la clase siempre. Fue algo que influyó y no generó interés en la especialidad de geriatría" NG2-21.10.2021_F</i></p>
Geriatría	<p><i>"Yo nunca tuve clase de geriatría, solo durante el internado tuve algunas clases relacionadas pero eran de medicina interna" G2-30.10.2021_M</i></p> <p><i>"En mi universidad geriatría no estaba considerado dentro del plan de estudios, así que nunca revisé muchos de los temas" G2-30.10.2021_M</i></p> <p><i>"Pero me acuerdo bastante bien del doctor, el geriatra que lo organizó. Hablaba con tanta pasión, con tanta emoción, que dije ¡guau! Se ve que le encanta, por algo le ha de encantar" G1-28.10.2021_M</i></p> <p><i>"No fue una clase que me transmitiera nada. Incluso nosotros dábamos casi todas las clases. Nos pedía hacer presentaciones. Pasó de liso. No me clavé para nada en la materia" G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>"Un R2 de geriatría me invitaba a las clases de geriatría, yo estaba ahí también escuchando las clases y eso influyó mucho en asegurar mi decisión de querer ser geriatra" G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>"Influyó mucho. Yo conocía muy poco de geria en la Universidad. Me empezó a gustar mucho porque un profesor que es egresado de nutrición me dio clases. Justo de geriatría. Me enamoré completamente de la materia". G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>"En mi caso sí influyó el temario. Incluso influyó el doctor. Lo decía con tanto cariño o con tanto amor a la materia y todo. Siento que eso hizo darme cuenta que realmente quería ser geriatra, quería saber cómo manejar a la población integral, en forma integral" G1-28.10.2021_F</i></p>
<p>Temas centrales, posturas y citas G1, G2, grupo geriatría 1 y 2; NG1, NG2 grupos no-geriatría 1 y 2; F: femenino, M: masculino</p>	

En contraste con lo comentado hasta este punto en el tema central de elementos formativos, en el grupo de sí hubo algunas experiencias positivas, tanto a nivel de facultad de medicina, como en rotaciones clínicas que impactaron de manera significativa en los médicos en formación:

“Un R2 de geriatría me invitaba a las clases de geriatría, yo estaba ahí también escuchando las clases y eso influyó mucho en asegurar mi decisión de querer ser geriatra”
G1-28.10.2021_F

“En mi caso sí influyó el temario. Incluso influyó el doctor. Lo decía con tanto cariño o con tanto amor a la materia y todo. Siento que eso hizo darme cuenta que realmente quería ser geriatra, quería saber cómo manejar a la población integral, en forma integral” G1-28.10.2021_F

4. Elementos socioculturales

Con respecto a los elementos socioculturales, hubo una gran cantidad de información que se dividió en varios componentes. También las citas se dividieron en dos y se pueden observar con mayor detalle en las Tablas 9 y 10.

Por un lado, se consideró la personalidad de los estudiantes como un elemento de gran importancia principalmente por los integrantes del grupo que rechazó geriatría, quienes dieron explicaciones detalladas sobre cómo la personalidad era un factor muy determinante para este tipo de elección.

Varios de los estudiantes en este grupo, describieron rasgos de su personalidad que a su parecer los hacían malos candidatos para ser geriatras. Se describieron como personas “desesperadas” e “impacientes” en muchos de los casos y que estas características los hacían incompatibles con el trabajo que se lleva a cabo en geriatría, como comentó uno de los estudiantes:

“También es la paciencia. No soy tan compatible con ellos. En mi experiencia me ha tocado que es muy reiterado, que tienes que dejar claras las cosas. Mi personalidad no es tan compatible” NG2-21.10.2021_M

En esta participación, se identificó que algunos de los estudiantes estaban convencidos de que existen ciertas especialidades que son de alguna manera adecuadas para unas personalidades, pero erróneas para otras.

Tabla 9. Temas centrales y citas: elementos socioculturales, parte 1	
Elementos socioculturales 1/2 Habla de los elementos de interacción con miembros de la familia, vivencia e interpretación de dichas experiencias familiares como positivas o negativas, expectativas de la sociedad e ideas culturalmente arraigadas en relación con los adultos mayores y el envejecimiento, muchas veces no advertidos de manera consciente pero que se manifiestan al interrogatorio dirigido.	
Postura	Citas
No-geriatría	<p>CITAS SOBRE PERSONALIDAD</p> <p><i>"Si es algo que he trabajado, por que pues me desespero mucho la verdad, no me gusta estar hablando muy fuerte por que pues hay algunos que no escuchan bien, no me gusta estarles hablando muy fuerte, no me gusta estarles repitiendo las cosas, me gustaria que fueran, pues que entendieran más rápido, que siguieran las indicaciones, entonces, a mi personalmente es lo que no me gusta. En cuanto a mi personalidad." NG1-17.09.2021_M</i></p> <p><i>"Me considero algo perfeccionista. Me gusta que las cosas sean como yo las tengo planeadas. Ver que lo que pueda hacer no se va a cumplir me frustra. Hace un choque." NG2-21.10.2021_F</i></p> <p><i>"Para ser geriatra se necesita tener vocación una cualidad especial y tener paciencia con la familia y con el paciente" NG2- 21.10.2021</i></p> <p><i>"En mi caso considero que soy algo desesperada. Me gusta mantener mucho el orden de las cosas. Y lo que me causa conflicto en el caso de los pacientes geriátricos es que no se puede mantener un control de todas las variables que involucra la salud de un paciente adulto mayor." NG2-21.10.2021_F</i></p> <p><i>"También es la paciencia. No soy tan compatible con ellos. En mis experiencias me ha tocado que es muy reiterado que tienes que dejar más claras las cosas. Mi personalidad no es tan compatible." NG2-21.10.2021_M</i></p> <p>CITAS SOBRE EXPERIENCIAS VIVIDAS</p> <p><i>"Cuando estaba en preparatoria mi familia tenía que cuidar a un familiar adulto mayor, era muy difícil, muy cansado, generó un ambiente de tristeza y enojo en la familia, nos afectó económicamente y me afectó a mi" NG1-17.09.2021_M</i></p> <p><i>"Pues en mi caso también, yo cuidé a mi bisabuela de 83 años, la cuidé como un año poquito más, ya acabando el internado, casi casi mi servicio social lo pasé con ella y se me complicaba un poquito, hacer los diagnósticos, mas que nada por los cambios fisiológicos que tiene el adulto." NG1-17.09.2021_M</i></p>
Geriatría	<p>CITAS SOBRE PERSONALIDAD</p> <p><i>"Creo que influye mi personalidad en que soy muy empática. Me gusta entender lo que el paciente está viviendo. Y para pacientes geriátricos, siento que es muy importante porque han pasado por muchas cosas. Es hasta interesante a veces lo que te platican. Todo lo que vivieron. Creo que influyó eso, mi personalidad." G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>"Yo no me consideró una persona particularmente paciente, yo solo les pregunto y espero a que me respondan, yo creo que esos rasgos de personalidad eventualmente se desarrollan" G2-30.10.2021_M</i></p> <p><i>"Pero la personalidad, claro que es parte fundamental para escoger una especialidad. No sé si soy muy paciente o no, pero tener esa convicción de hacer un interrogatorio guiado correctamente. Saber lo que estoy preguntando y lo que quiero que me contesten. Pero eso, esa parte de la personalidad, creo que eso es algo que se desarrolla poquito a poquito" G2-30.10.2021_F</i></p> <p>CITAS SOBRE EXPERIENCIAS VIVIDAS</p> <p><i>"Mi abuela del lado de mi papá influyó mucho en mi decisión, ella tenía un problema de memoria y pensé que me gustaría ayudar a gente como ella" G1-28.10.2021_M</i></p> <p><i>"Ahí me vi muy reflejada con mi abuela materna, que ha sido para mí un apoyo importante en educación. Y dije, estaría increíble que alguien le dieran la oportunidad de estar más tiempo conmigo por mantener su calidad de vida." G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>"Sí, más que nada porque yo toda mi vida estuve conviviendo con mi abuelita. Ella era la que me cuidaba. Cuando crecí, al momento que ya falleció, tuvo muchas complicaciones por tanta polifarmacia que le daban. Yo siempre dije, hay algún punto o algún médico que diga, esto no lo necesitas o cómo lo regulas. Justamente una de las razones por la que estudié medicina fue por ella, porque dije, yo quiero saber eso. ¿Qué medicamentos influyeron para que mi abuelita llegara a tener esta situación y a empeorar e incluso llegar a la muerte?" G1-28.10.2021_F</i></p>
Temas centrales, posturas y citas G1, G2, grupo geriatría 1 y 2; NG1, NG2 grupos no-geriatría 1 y 2; F: femenino, M: masculino	

También se identificó al “perfeccionismo” y la necesidad o el gusto de mantener un nivel alto de control sobre las circunstancias que los rodean, como uno de los factores que los hacían poco adecuados para perseguir una carrera en geriatría. En este caso los estudiantes expresaron de manera indirecta que consideraban a la geriatría o más específicamente a las personas mayores como pacientes “caóticos” o “desorganizados”.

Los estudiantes de grupo que eligió geriatría, también identificaron algunos rasgos de su personalidad que ayudaron en la elección de esa especialidad, pero a diferencia del otro grupo, los estudiantes en este caso describieron rasgos como ser “empáticos” como elementos más determinantes. De hecho, específicamente algunos de los estudiantes rechazaron que la “paciencia” fuera uno de sus puntos fuertes con respecto a su personalidad:

“Yo no me considero una persona particularmente paciente. Yo solo pregunto y espero a que me respondan, yo creo que esos rasgos de personalidad eventualmente se desarrollan”
G2-30.10.2021_M.

Se evidenció que en este caso los estudiantes no relacionaron de forma tan marcada ciertas características con ser adecuados para estudiar la especialidad y más aún, consideraron que, en realidad, los rasgos o habilidades personales necesarias para una buena atención en cualquier especialidad en cuestión, se pueden desarrollar conforme incrementa la experiencia en dicha área.

Ambos grupos tuvieron experiencias previas con personas mayores, muchos de ellos con familiares cercanos la mayoría de los cuáles había requerido algún tipo de atención y cuidados por parte directamente del estudiante y/o de su núcleo familiar.

Las experiencias descritas por ambos grupos fueron similares en este sentido: familiares, abuelas o abuelos, quienes requirieron cuidados importantes por distintas condiciones, las mencionadas en estos casos fueron problemas de memoria y pérdida de la funcionalidad, sin embargo, la principal diferencia se centró en la interpretación y la vivencia de la experiencia que tuvo cada uno de los estudiantes.

Mientras que para los estudiantes del primer grupo, las experiencias representaron situaciones de gran estrés emocional y los llevaron a tratar de evitar en la medida de lo posible volver a encontrarse con situaciones similares, en el segundo grupo las experiencias tuvieron un impacto menos negativo, muchos de ellos consideraron que las experiencias a pesar de

haber sido estresantes, les hicieron ver que había acciones que podían ser tomadas para tratar de mejorar estos retos en otras personas.

No se comentó de manera explícita, si los estudiantes consideraban algún elemento personal o particular de la experiencia como determinante para ver a la situación de manera distinta, sin embargo, si fue claro esta diferencia en la respuesta por parte de los estudiantes de ambos grupos ante un estímulo similar.

Tabla 10. Temas centrales y citas: elementos socioculturales, parte 2	
Elementos socioculturales 2/2	
Habla de los elementos de interacción con miembros de la familia, vivencia e interpretación de dichas experiencias familiares como positivas o negativas, expectativas de la sociedad e ideas culturalmente arraigadas en relación con los adultos mayores y el envejecimiento, muchas veces no advertidos de manera consciente pero que se manifiestan al interrogatorio dirigido.	
Postura	Citas
No-geriatría	<p>CITAS DE PRESTIGIO DE LA ESPECIALIDAD</p> <p><i>"La verdad es que no creo conocer mucho de cómo es, cómo vive un geriatra, qué hace un geriatra, hasta en qué momento entra un geriatra o hasta donde trata la geriatría a los pacientes". NG1-17.09.2021_M</i></p> <p><i>"Yo creo que por mi parte, es que desconozco más en la situación de cómo es el estilo de vida de los geriatras, y ese desconocimiento hace que también uno no se acerque tanto a esa especialidad por ese aspecto, porque también creo que, yo particularmente fuera de profesores, no...no conozco geriatras...creo que es más bien eso." NG1-17.09.2021_M</i></p> <p><i>"Yo desconozco el aspecto de cómo les va económicamente. Qué tan pesada es la residencia de geriatría. Lo desconozco. Yo pensaría que es similar a la remuneración que llega a tener un internista. Pero desconozco. No es un factor que haya visto para decir que no quiero geriatría." NG2-21.10.2021_M</i></p> <p>CITAS SOBRE FACTORES EMOCIONALES</p> <p><i>"No sé...también tiene mucho que ver yo creo que la calidad de vida y la esperanza que les dan a muchos de los pacientes geriátricos lo que también no me hizo interesarme mucho en eso porque creo que...a lo mejor sería como un golpe emocional muy duro para mí ver que muchos de mis muy mal, al borde de, de ya dejar de vivir...creo que sí, eso sería algo que, que yo no podría..." NG1-17.09.2021_F</i></p> <p><i>"Sobre todo, porque cuando roté por geriatría cliqué con algunos pacientes y se me hace un poquito triste su historia o que a veces estuvieran solos. Algunos residentes hacían procedimientos excesivos y ellos ya no estaban a gusto, pero no podían decirlo porque sentían la presión familiar." NG2-21.10.2021_M</i></p>
Geriatría	<p>CITAS SOBRE PRESTIGIO DE LA ESPECIALIDAD</p> <p><i>"El trabajo va a haber muchísimo. A veces me comentaban algunas tías de fuera del estado donde vivo, a tal geriatra donde vivo tiene consulta hasta cuatro o cinco meses porque las agendas están llenas." G1-28.10.2021_M</i></p> <p><i>"Pero no cabe duda que es la especialidad del futuro. Y lo que mencionaban, es uno de los principales motivos, que la geriatría es un campo muy fértil para la investigación. A mí me agrada mucho esa parte. Me he dado cuenta que hace falta mucho por investigar, en México, sobre todo." G1-28.10.2021_M</i></p> <p><i>"Pero después, si te pones a pensar, no hay muchos geriatras. La última vez que vi las estadísticas había como 700 geriatras en México para toda la población. Tienes bastante campo de trabajo." G2-30.10.2021_F</i></p> <p>CITAS SOBRE FACTORES EMOCIONALES</p> <p><i>"Conmigo influyó de manera positiva para elegir geriatría. Creo que en todos los demás servicios había demasiado acoso. En ese hospital es horrible el acoso. Y más de parte de las especialidades de cirugía, que tienen su mala fama. Pero en el caso de geriatría todo lo contrario. Creo que fue el único servicio en el que me la pasé muy bien, incluso con las residentes. No va nada de acoso. Me sentí bien, tranquila en el ambiente. Influyó de manera positiva." G1-28.10.2021_F</i></p> <p><i>"Además de que también durante los hospitales te das cuenta que no tratan bien a los pacientes. Creo que nosotros como médicos, además de dar el diagnóstico, la vocación es la que nos hace ayudarlos de mejor forma. Y no dejar de nada, solo porque son adultos y ya en dos o tres años a lo mucho van a morir y ya para qué le invertimos en ciertos medicamentos, un cierto tipo de atención." G2-30.10.2021_F</i></p>
Temas centrales, posturas y citas	
G1, G2, grupo geriatría 1 y 2; NG1, NG2 grupos no-geriatría 1 y 2; F: femenino, M: masculino	

Sobre el prestigio de la especialidad, se habló principalmente de cuestiones de remuneración económica y del estilo de vida de los geriatras. Se identificó por parte de los estudiantes que rechazaron geriatría, un desconocimiento general sobre el estilo de vida de los especialistas en geriatría, se observó que este desconocimiento iba de la mano con el desconocimiento del campo profesional y de que funciones desempeña un geriatra.

Abiertamente se comentó que muchos de los estudiantes no tenían noción en cuanto a que tan bien o que tan mal les iba a los geriatras en cuanto a la remuneración económica y se reconoció que habían hecho ciertas suposiciones comparando a los geriatras con los internistas en este rubro en particular.

En el grupo que eligió geriatría, los estudiantes opinaron categóricamente que la remuneración económica era buena para la especialidad. Al interrogarles más acerca de porque tenían esta impresión, varios de los estudiantes comentaron que se trataba más que nada de una cuestión de volumen y de cómo el inevitable envejecimiento de la población hacía que la especialidad fuera muy demandada, si bien no tanto por los médicos, si por los pacientes.

Con respecto a este último punto, se comentó que los geriatras con los que habían tenido contacto los estudiantes o sus familiares cercanos, tenían una alta demanda de atención por parte de la población a la que atendían y que la escasez de especialistas en esta área ayudaba a que el volumen de trabajo fuese alto, lo cual se consideró como algo positivo y deseable por estos estudiantes:

“Va a haber muchísimo trabajo. A veces me comentaban algunas tías fuera del estado donde vivo: a tal geriatra donde vivo tiene la consulta hasta cuatro o cinco meses por que las agendas están llenas” G1-28.10.2021_M

Un tema que se identificó con frecuencia fue el impacto emocional percibido por los estudiantes al entrar en contacto con personas mayores. Los estudiantes que rechazaron geriatría describieron como los encuentros con personas mayores muchas veces les generaban sentimientos de tristeza sobre todo relacionado con el pronóstico en algunos casos. En otras ocasiones, los estudiantes consideraron que las intervenciones realizadas a lo adultos mayores no eran ya apropiadas y que los médicos a cargo de los casos eran “demasiado agresivos” en el tratamiento.

Los estudiantes que eligieron geriatría también reportaron el impacto emocional que los pacientes llegaban a tener en ellos, sin embargo, de nueva cuenta fue la vivencia de las experiencias lo que difirió de manera significativa, en este grupo, los estudiantes expresaron que las experiencias emocionalmente difíciles los motivaron a buscar maneras de atender de mejor a las personas mayores. También se identificó como parte de las citas de este grupo, que los estudiantes asignaron un gran valor en la vida de las personas mayores, sin restarles importancia debido al hecho de que presentaran un deterioro funcional o una alta carga de morbilidad:

“Además de que también durante las rotaciones en los hospitales te das cuenta que no tratan bien a los pacientes. Creo que nosotros como médicos, además de dar el diagnóstico la vocación es la que nos hace ayudarlos de mejor forma. Y no dejar de nada, solo porque ya son adultos y ya en dos o tres años a lo mucho van a morir y ya para que le invertimos en ciertos medicamentos, un cierto tipo de atención” G2-30.10.2021_F.

El acoso en estudiantes de medicina fue un punto que se tocó durante las entrevistas, hubo pocos comentarios al respecto, a pesar de ello, se detectó que los estudiantes que eligieron geriatría consideraron que los servicios de atención geriátrica tuvieron un ambiente laboral y académico más relajado y reportaron ausencia de situaciones de acoso lo cual influyó de manera positiva en considerar a la geriatría como especialidad.

XI. DISCUSIÓN

La elección de una especialidad es un evento determinante en la vida de los estudiantes de medicina. Después de decidir ser médico, elegir perseguir un programa de especialización supone una de las decisiones que más peso tienen en el futuro de los estudiantes. Se sabe que realizar una elección de este tipo nos encamina como personas a alcanzar nuestra identidad laboral lo que en su momento también contribuye con la estructuración de la identidad de la persona.

Elegir una profesión y en este caso, una especialidad, es hacer una declaración sobre lo que se espera alcanzar como persona, lo que se busca ser y al mismo tiempo, es afirmar que es lo

que no queremos ser en nuestra vida, elegir una, forzosamente implica rechazar otras y es un paso importante, valioso y necesario en el crecimiento de las personas. A pesar de ello, es importante considerar, que una buena parte de la noción o del conocimiento que se tiene de una especialidad, puede provenir de fuentes inapropiadas o sesgadas y que otorgan una visión equivocada o por lo menos parcial con respecto a dicha especialidad. Tener una visión alterada de lo que son las especialidades y, por lo tanto, los especialistas en el área, puede llegar a tener repercusiones importantes para una población de estudiantes, haciendo que aquellos que podrían interesarse por un área, se desanimen al no conocer las verdaderas cualidades o valores asociadas con la misma.

En medicina, nos encontramos frecuentemente restringidos por estereotipos, incontables veces desde el momento en el que ingresamos a la carrera escuchamos discursos categóricos de familiares, amigos y conocidos quienes afirman que los médicos y también, los estudiantes de medicina, se comportan de cierto modo, tienen ciertas actitudes y deben realizar algunas cosas simplemente por el hecho de estar en el área de atención en salud.

Los autores no se han visto ajenos a esta realidad, no negamos que comenzamos a beber café y a decir que no podíamos acudir a distintos eventos sociales porque “estamos estudiando medicina”, en más de una ocasión fue el pretexto perfecto para no acudir a un compromiso y se aceptó como algo natural porque “una vez que entras a medicina, se acaba tu vida social”.

En todas las carreras existen ciertos perfiles, algunas cualidades que hacen más probable que las personas que las tienen busquen un área de trabajo por encima de otra, sin embargo, es interesante que existan nociones tan marcadas de lo que debe ser o no un médico en formación. El problema con este discurso, no es solo radica en que para fines prácticos es falso; los estudiantes de medicina no son de alguna extraña manera extraídos de su sociedad y sus actividades continúan de manera que el desarrollo holístico de la persona puede ser alcanzado, incluso en una rama de estudio tan demandante, sino que el problema además, se centra en que a lo largo de muchos años estos discursos sobre los estudiantes de medicina se han perpetuado y han permeado a distintos niveles de la sociedad.

Notoriamente, la tendencia de reforzar los estereotipos en medicina no termina en la selección de la carrera, sino que aquellos estudiantes que posteriormente eligen estudiar una especialidad, también se ven sujetos al “fichaje” basado en prejuicios y estereotipos.

Pero los estereotipos en medicina, no únicamente afectan las impresiones que se tiene de los estudiantes de medicina y de los médicos que estudian alguna especialidad los cuales muchas veces son aceptados e interiorizados por los estudiantes, perpetuando el ciclo. Si no que también se manifiestan en las impresiones que tienen los propios estudiantes sobre otras personas y de forma muy particular sobre los pacientes a los que se puede llegar a atender en distintos momentos a lo largo de sus carreras.

Uno de los grupos de pacientes que se encuentra frecuentemente sometido a prejuicios y estereotipos es el de las personas mayores. Los médicos y particularmente los estudiantes de medicina en etapas tempranas de sus carreras, se encuentran expuestos a dos mensajes muy relevantes: por un lado se espera que se empiecen a comportar como el resto de la comunidad médica y que adquieran sus valores y actitudes, los cuales no en todos los niveles son los más actualizados y apropiados con respecto a las personas mayores, y por otro lado al discurso de la sociedad en general que actualmente sostiene un discurso de que la edad avanzada es equivalente a perder valor como persona.

Este discurso, de darle menos valor a las personas mayores o bien a aquellos que padecen una discapacidad de cualquier tipo, no es nuevo y en definitiva no es ajeno a las características de los seres humanos. Estudios han mostrado que las personas tienen una tendencia a ver aquellos que tienen una edad cercana a la suya como más parecidos a ellos y es probable que se sientan más cómodos interactuando con personas del mismo grupo etario. Sin embargo, en ocasiones también se pueden desarrollar actitudes negativas hacia aquellos que se ven como distintos, un proceso que en inglés se conoce como “othering” y que en español se traduce como “otredad” o “alteridad” (46).

De estas nociones surge el edadismo que es la combinación de cómo pensamos, cómo nos sentimos y cómo actuamos sobre la edad y afecta no únicamente como pensamos y nos sentimos sobre otros que percibimos como “viejos” o “jóvenes”, sino que también puede afectar como nos sentimos sobre nuestro propio proceso de envejecimiento (47).

Los estereotipos dirigidos a las personas mayores se ven en distintos niveles de la sociedad y en representaciones culturales en la actualidad. Campañas publicitarias, políticas empresariales, e incluso la rentable industria anti-envejecimiento se encuentran constantemente difundiendo información que se alimenta y refleja nuestras perspectivas en

relación con las personas mayores y el envejecimiento. Los estereotipos se pueden dividir en términos generales en dos grupos: los descriptivos y los prescriptivos. Los primeros representan suposiciones acerca de ciertos grupos e individuos. Puede tratarse de ideas positivas sobre los adultos mayores, por ejemplo, pensar que los adultos mayores son más amables, más morales o con más capacidad para entender a otros (48). Pero también pueden ser cosas negativas como pensar que los adultos mayores son menos atractivos y menos capaces físicamente hablando. Los estereotipos. Prescriptivos son suposiciones que se hacen acerca de cómo algunas personas o grupos de personas deben o no deben actuar. Por ejemplo, que los adultos mayores no deben de gastar tantos recursos o no deben involucrarse en actividades que se ven como “típicas” de adultos más jóvenes (49).

El problema con los estereotipos específicamente en la atención en salud de las personas mayores, es que ignoran la variación entre personas de la misma edad y también tienden a exagerar las diferencias entre los grupos etarios. Por ejemplo, estudios demuestran que la capacidad para resolver problemas “nuevos” comienza a disminuir a partir de los 30 años y que la reducción en esta habilidad se presenta de manera muy lenta y pausada a lo largo de muchas décadas, sin embargo, los adultos jóvenes suelen asumir que este cambio se presenta de manera abrupta y en etapas mucho más tardías de la vida (50).

Lo anterior nos ayuda a ejemplificar de una manera más explícita, como la sociedad tiene interiorizados muchos prejuicios con respecto a grupos de pacientes, como las personas mayores y que forzosamente impactan en todas las profesiones no únicamente en el ámbito médico, y si bien las conductas estereotipadas hacia un tipo de personas, tienen efectos negativos en todos los niveles, es particularmente alarmante en el ámbito de atención en salud, debido a que el efecto es visible con mayor rapidez comparado con otras áreas.

Nuestro estudio se enfocó a explorar de manera cualitativa los elementos involucrados en elegir o rechazar geriatría y nos ha permitido arrojar luz sobre el proceso de selección de especialidad en la medicina mexicana y los estudiantes de medicina definitivamente se encuentran expuestos a estos mensajes provenientes de diversas fuentes y que se manifiestan de manera consciente o inconsciente al momento de seleccionar una especialidad. Los temas principales, ayudaron a identificar algunos elementos que se repetían en relación con las

características de los pacientes, el entendimiento de la especialidad, los factores académicos y los factores socioculturales.

1. Características de los pacientes

a) Temor o frustración por las características de los pacientes y las intervenciones.

Se identificó en el análisis de las entrevistas, que los médicos refieren desagrado de tratar a los adultos mayores debido a la complejidad y a sus características, ya fuera por experiencias previas o bien por percepciones heredadas de otros. Los médicos pueden creer que los adultos mayores son “deprimentes” o “seniles”, sentimientos que generan desagrado hacia las personas que cumplen con estas características y con quien se tiene contacto (51).

Los estudiantes que participaron en nuestro estudio manifestaron en más de una ocasión que consideraban a las personas mayores como pacientes “complicados”, pacientes “difíciles” que tenían demasiados problemas por resolver y que estaban muy centrados en sus costumbres, también se comentó que suelen ser pacientes que “no hacen caso” y que “no siguen indicaciones”. Este tipo de expresiones se describió previamente, refiriéndose a los pacientes como pacientes “intratables” o “rígidos”. Estas percepciones se relacionan con frustración o enojo y provocan que los médicos eventualmente lleguen a considerar que los cuidados para esta población son fútiles (51).

Estudios publicados anteriormente, muestran que las consecuencias de todo este proceso ocasionan una tendencia del personal médico a desapegarse emocionalmente de sus pacientes, que los médicos tiendan a evitar temas que les generan incomodidad o bien que se vuelvan excesivamente controladores con sus pacientes (51). Como comentó una de las participantes *“Y lo que me causa conflicto en el caso de los pacientes geriátricos es no poder controlar todas las variables que involucra la salud de un paciente adulto mayor”*, de manera que el contacto con más personas mayores, con seguridad agravará la necesidad de control por parte de médicos con estas características.

Uno de los elementos que tiene mucho impacto en la impresión de los estudiantes, es el escenario en donde se confrontan por primera vez o de manera recurrente con personas mayores. Frecuentemente, las experiencias de los estudiantes de medicina al entrar en

contacto con personas mayores son en el escenario de personas enfermas y con alto índice de comorbilidad, suelen ser pacientes que requieren estancias más prolongadas cuando son hospitalizados y que consumen una mayor cantidad de recursos. Estos hechos, que son ineludibles en muchos de los pacientes, se unen a prejuicios e ideas sociales y culturales, que favorecen y perpetúan una visión principalmente negativa de las personas mayores. Lamentablemente, estas respuestas emocionales negativas, no siempre son reconocidas de manera adecuada por los médicos y pueden generar acciones discriminatorias hacia los pacientes (49). Algunas ideas y acciones edadistas en el personal de salud pueden ser: considerar que los adultos mayores tienen visión y audición alterada siempre, que tienen una capacidad cognitiva limitada, que están deprimidos o son deprimentes, que son pocos productivos o que dependen de la ayuda de otras personas, que son repetitivos y es aburrido convivir con ellos, que están solos y aislados y que son asexuales (52, 53, 54). Precisamente en nuestro estudio, los estudiantes manifestaron ideas similares a lo reportado previamente en la literatura y confirmaron que persisten tendencias que discriminan a las personas mayores.

Nuestro estudio describió que los estudiantes encuentran a las personas mayores como pacientes difíciles para interrogar, de quienes es complicado obtener una historia clínica adecuada y coherente. Estos hallazgos son compatibles con el estudio de Higashi et al, 2012, que reporta que los estudiantes de medicina describen a los adultos mayores como pacientes con “mayor potencial para el desastre” debido a que tienen historias clínicas muy complicadas. Los estudiantes sienten ansiedad ante estos retos en la comunicación con los pacientes para obtener su historial clínico debido a que existe una alta posibilidad de pasar por alto algún problema médico (55). De hecho, en un estudio en donde se evaluaron las percepciones de estudiantes de medicina acerca de diversos tipos de pacientes, se reportó que los estudiantes de medicina se sienten intimidados por los adultos mayores, principalmente por la complejidad de los casos.

Definitivamente, ninguno de los elementos descritos en todo este proceso, favorecen que exista una idea positiva del cuidado de las personas mayores, sobre todo, cuando se genera toda esta cadena de eventos y sin que exista una estrategia apropiada para regularlo.

Como agravante a este desagrado, es conocido que el gremio médico, desde etapas tempranas en su formación, tiene una aversión muy marcada al fallo y a la humillación pública, sin duda el que estos pacientes sean complejos y con alto riesgo de complicaciones, no puede ayudar en que personas con alto nivel de auto-exigencia lo consideren como línea de especialización (56).

Finalmente, en relación a este punto, es importante mencionar que un grupo de nuestros participantes expresaron un impacto emocional muy significativo cuando tuvieron contacto con las personas mayores. Es un fenómeno que se reportó en otras publicaciones, en 2014 se identificó que los médicos perciben miedo de estar en contacto con personas mayores, ya que se ven confrontados con la realidad de que hay lugares y momentos en la vida, en donde la productividad, los logros y la independencia se pierden.

El desagrado de cuidar a personas mayores, viene en parte del miedo de perder nuestra propia valía y relevancia la cual tenemos ligada de manera muy potente a nuestras capacidades físicas y mentales que nos permiten mantenernos independientes (57).

b) Asociación del cuidado de las personas mayores con cuidados paliativos.

En más de una ocasión, los participantes en nuestro estudio, externaron que las experiencias con las que asociaban a los adultos mayores fueron en el contexto de cuidados paliativos. De manera interesante, no quedó claro sobre si los pacientes cumplían con criterios de terminalidad de manera objetiva o bien si se trataba de una percepción generada por los estudiantes ante los casos con los que tuvieron contacto, ya que se describió en un estudio llevado a cabo en California, Estados Unidos de América (EUA) que la mayoría de los estudiantes asumen que los pacientes por el simple hecho de ser adultos mayores, son pacientes terminales, a pesar que no todos los casos cumplían con estas características de terminalidad (55).

Si bien es correcto considerar que, a mayor edad, menor el número de años que se pueden esperar de sobrevivida, esto no inmediatamente traduce en que una persona mayor sea un paciente con una condición terminal. Como se comentó previamente, esta generalización en las características de un grupo de pacientes, ocasiona que se ignore la amplia variedad de circunstancias y condiciones médicas y de funcionalidad en las que se puede encontrar a

distintos pacientes dentro del mismo grupo de edad que tienen un impacto considerable en el tratamiento y pronóstico de las personas y que si no se consideran, pueden llevar a los médicos a realizar intervenciones inapropiadas en los pacientes o bien a limitar tratamientos en pacientes que sí tendrían beneficio de recibirlos.

c) **Perfeccionismo y necesidad de reconocimiento inmediato**

No es negativo por sí mismo el que una persona se encuentre en cuidados paliativos, así como tampoco hay algo inherentemente malo con que una persona envejezca, pero de manera relevante para nuestro estudio, la clave en que exista conflicto o recelo por parte de los médicos de atender a estos grupos de pacientes, viene de ese deseo expresado por los estudiantes de poder ayudar a las personas. Los estudiantes hicieron referencia a que parte de lo difícil de las personas mayores es que son pacientes “*que no les puedes dar una pastilla o hacerles una cirugía y ya van a estar bien*”.

Esto surge porque en general, existe una concepción arraigada en la comunidad médica, que se identificó también en nuestro estudio, de que “ayudar” a la gente es equivalente a realizar intervenciones sanitarias significativas y que no tiene realmente que ver con proveer cuidados básicos y rutinarios a las personas que las necesitan. Es decir, si no se está realizando una

Este hecho se reportó por Hafferty y Levison, en donde se describe que los médicos en formación se sienten frustrados con los adultos mayores ya que no es posible “curarlos”, sino únicamente “cuidarlos”, lo cual se considera significativamente menos gratificante (55). Algunos estudiantes del estudio de Higashi et al, incluso llegaron al punto de describir que las intervenciones de geriatría son parte del trabajo de enfermería o de los trabajadores sociales, pero no de los médicos (55).

Tanto nuestros hallazgos, como lo identificado en la literatura, generan preocupación a los autores, ya que, si bien debemos velar por el bienestar y la realización personal del médico, sin duda, también es necesario tener un enfoque que tome mucho más en consideración lo que es exitoso o gratificante para el paciente y no de manera exclusiva para el personal de salud. El mantener esta dinámica, en donde el médico es el que debe estar cómodo por encima de todo lo demás, incluyendo al paciente, es muy sugestivo del tipo de relación médico-paciente paternalista del cual la medicina moderna se ha alejado, basado sobre todo en evidencia de calidad, que ha mostrado que este tipo de relación médico-paciente se relaciona

con peor calidad en la atención, peor seguridad de las intervenciones médicas, peor comunicación y dificulta la toma de decisiones compartida (59, 60, 61, 62).

Posiblemente, estas actitudes guarden relación con una alta prevalencia de rasgos narcisistas en el ámbito médico, ya que justamente, estas características favorecen que los médicos busquen su gratificación pronta y puedan dejar en segundo plano los intereses, el bienestar o la seguridad de los pacientes.

Son actitudes que se han asociado con estudiantes de medicina en varios estudios y deben ser identificadas y corregidas ya que representan un riesgo para el mismo estudiante, que no es tan bueno como él o ella cree, para los pacientes, que se ven ante un médico que puede llegar a poner sus intereses personales por encima de su salud y para las instituciones educativas a las que pertenece, ya que al negar que existe un problema, terminan promoviendo a personas que no cumplen con los requisitos para desempeñarse apropiadamente en otros ámbitos (63).

d) Enfoque multidisciplinario e integral

Con respecto a las características de los pacientes a tratar, los médicos que eligieron estudiar geriatría, fueron conscientes de las particularidades que se identifican con mayor frecuencia en las personas mayores, pero, por diversas causas, esta complejidad en el abordaje y tratamiento de los pacientes, se vio como algo positivo e incluso deseable en las personas a las que debían atender.

En la actualidad se considera que el ser integrales, es decir el considerar y buscar comprender los diversos aspectos de las condiciones médicas de las personas, incluyendo cuestiones sociales, familiares, las experiencias de la enfermedad por parte del paciente, la red de apoyo involucrada, así como otros antecedentes médicos de los pacientes, es no solo deseable, sino necesario para otorgar una atención de mejor calidad a las personas. Este concepto de “integralidad” se utiliza en diversas especialidades para tratar de dar una mejor explicación y sugerir intervenciones más apropiadas para las condiciones que aquejan a cada paciente (62). Dado que se trata de un concepto que está en el centro de la atención geriátrica de calidad, sin duda no es de sorprender entonces que los estudiantes que eligieron estudiar geriatría, manifestaron una afinidad por esta estrategia de atención a los pacientes.

En las entrevistas se manifestó también, que, de manera empírica, algunos de los estudiantes que eligieron estudiar geriatría, reconocen que es necesario establecer una relación médico-paciente distinta para ayudarse en sus intervenciones y permitir una valoración más efectiva de las personas mayores. Esta noción, de una necesidad de mayor calidad en la comunicación entre el médico y el paciente, no es tampoco algo nuevo para la comunidad de investigación educativa. Como comentó Turabian en una de sus publicaciones: a pesar de los retos en un paciente mayor con multi-comorbilidad, existe evidencia que una adecuada relación médico-paciente, con énfasis en las habilidades de comunicación, facilita la comprensión por parte del paciente y permite la comunicación y toma de decisiones consensuada (65). El mismo autor postuló que entre más extraordinario parece el caso, más sencillo es de resolver, haciendo alusión a estas habilidades comunicativas para lograr un buen desenlace con las personas. Como geriatra, una de las autoras concuerda en este punto, dado que gran parte del día a día en la atención de los pacientes se centra en establecer una comunicación adecuada que permita generar un espacio de discusión en donde se expresen y se atiendan las preocupaciones médicas, sociales, emocionales y del resto de los componentes que integran la valoración geriátrica integral, de cada uno de los pacientes.

e) **Validación por parte de los pacientes y gratificación en cuidados continuos.**

Los estudiantes en nuestro estudio que optaron por estudiar geriatría e incluso varios de los estudiantes que rechazaron esta especialidad, manifestaron una afinidad en el trato con las personas mayores. Algunos comentaron que no sentían tener capacidades especiales o distintas a sus compañeros al momento de interrogar a estos pacientes, pero que les resultaba agradable interactuar con los pacientes, una vez que dejaban de considerar a la complejidad de los casos o a la multi-comorbilidad como barreras en su atención.

Otros estudios han evidenciado declaraciones similares por parte de residentes que entran en contacto con personas mayores, diciendo que se sentían más competentes en su atención y que consideraban que eran más apreciados por los pacientes. Se reportó además que consideran a las personas mayores más respetuosas del personal de salud, independientemente de la edad de los mismos, mientras que personas más jóvenes suelen ser más despectivos con los médicos más jóvenes (55).

2. Entendimiento de la especialidad

a) Conocimiento y dominio de la geriatría en médicos y estudiantes de medicina

Uno de los puntos que se tocó de manera recurrente y que incluso generó molestia entre los estudiantes de nuestra muestra, fue la falta de capacitación en geriatría en distintos niveles de la formación académica. Incluso entre los estudiantes que optaron por rechazar geriatría se comentó un hecho que es bien conocido entre los integrantes de la comunidad educativa en medicina y otras ciencias de la salud: que existe una necesidad de incrementar la capacidad de los médicos generales, y por lo tanto de los médicos en formación. Esta falta de conocimiento, habilidades y aptitudes en la atención de los adultos mayores definitivamente genera un impacto negativo en la capacidad de los médicos generales para desempeñarse en la atención actual de la población.

Este punto se ha reportado desde hace décadas en la literatura, por ejemplo, una publicación por Crotty et al, describe desde el año 2000, que existe una falta de conocimiento en estudiantes de pregrado sobre los aspectos fisiológicas de las enfermedades crónicas, así como el del enfoque multidisciplinario en atención, las cuales pocas veces se enseñan durante estos años formativos (66).

b) Contacto con mentores en la especialidad

Un punto muy preocupante que resalta en esta y otras investigaciones educativas relacionadas a la enseñanza en geriatría es la falta de contacto de los estudiantes con mentores relacionados con el área. De manera extensa, los estudiantes que participaron en nuestra investigación expresaron que el contacto con médicos más avanzados en sus carreras, que actuaron como mentores en el área, les ayudó a interesarse y eventualmente decidir estudiar geriatría por un lado o mientras que del otro lado, se consideró que el contacto con personal de salud que no pudo o no supo transmitir de manera correcta la información de manera que les permitiera generar un interés en la materia en cuestión fue una oportunidad perdida ante la falta de un mentor apropiado que los guiara en el conocimiento de la especialidad y sus particularidades.

El papel del médico como mentor, es una de las actividades educativas mejor documentadas, tanto por su frecuencia como por su impacto en los conocimientos y las impresiones de los

estudiantes. En un estudio realizado en EUA, en donde se interrogó a estudiantes de primer año de medicina, se identificó que tener experiencias académicas y de investigación previas positivas, sobre todo en contacto con mentores relacionados con el área, facilitó elegir geriatría como área de trabajo en el 33 % de la muestra que participó en dicho estudio (67). En nuestra muestra de igual manera, los estudiantes que eligieron geriatría tuvieron contacto con residentes o adscritos de geriatría ya fuera en la universidad o bien en el transcurso de rotaciones clínicas. Este hecho resaltó de manera significativa en el discurso de los participantes en nuestro estudio, y fue notorio que los estudiantes que eligieron geriatría tuvieron con mucha mayor frecuencia contacto directo con otros médicos que tomaron el rol de mentores. En muchos de los casos, esta interacción fue lo que finalmente inclinó a los estudiantes a interesarse por el tema o bien a elegirlo de manera definitiva.

Definitivamente, es un elemento preocupante que finalmente se puede ver a través de los números de geriatras que se encuentran certificados actualmente a nivel nacional y la cantidad de estudiantes de medicina que cursan sus estudios de medicina en la República Mexicana. Incluso si la totalidad de los geriatras tuvieran compromiso directo con la docencia, la probabilidad que todos los estudiantes tuvieran un contacto académico significativo con médicos en el área, es muy baja.

3. Elementos formativos

A nivel de pregrado, las facultades y escuelas de medicina han tenido un desempeño inconsistente en la educación de la especialidad de geriatría, no únicamente a nivel nacional sino en ejemplos registrados en otras regiones del mundo. Por ejemplo, en Europa se realizó un reporte acerca del estado de educación de la geriatría en varios países que forman parte de la unión europea. El informe reporta, que la gran mayoría de los países incluidos tienen a la geriatría como especialidad o como subespecialidad, sin embargo, existe mucha heterogeneidad en el contenido curricular y mucha variación en los requisitos para ingresar a los programas de especialización.

También se identifica una gran variación en el tiempo dedicado a la materia en las distintas escuelas y en general el contenido incluido en el currículo por esta razón fue muy desigual, por ejemplo, en Irlanda, Turquía y Luxemburgo se reporta menos de 10 horas dedicadas a la

especialidad, mientras que en países como Noruega el tiempo dedicado a la geriatría es de alrededor de 100 horas.

En México, la situación educativa acerca de la geriatría también es desigual en las diversas instituciones que se encargan de formar a médicos y otros profesionales de la salud. Tiene relativamente poco tiempo, que en el país se desarrollaron de manera formal los cursos de especialización en geriatría, siendo los primeros registrados en 1986, que si bien, tampoco es una fecha tan reciente, en definitiva, tiene un inicio formal mucho más tardío al compararse con otras especialidades (66).

En nuestro estudio identificamos dos hallazgos relevantes con respecto a las cuestiones formativas: por un lado, varios de los estudiantes comentaron que sí habían tenido la clase de geriatría, pero de manera muy significativa, la calidad de las intervenciones fue diferente al compararla con otras materias en su carrera, es decir los alumnos identificaron que las clases relacionadas con geriatría no eran tan buenas o no se les daba tanta importancia por parte de los mismos docentes.

Adicionalmente, muchos de los estudiantes reconocieron que los profesores de la materia no tenían como tal una formación apropiada en el área de manera que se consideró que las clases fueron una “oportunidad perdida” ya que si bien, no sintieron franco desagrado por el tema, tampoco se presentó un acercamiento verdadero que les permitiera considerar a la geriatría como algo de su potencial interés.

4. Elementos socioculturales

a) Vivencia de las experiencias como formadoras de criterio

Un hallazgo interesante en ambos grupos de estudiantes, fue que la interpretación y la vivencia de las experiencias, tuvieron un impacto muy significativo desde los dos puntos de vista, tanto para alejar a los estudiantes de la geriatría, como para incrementar su curiosidad e interés en el tema, que es un elemento ya identificado previamente por otros estudios (69). De hecho, ambos grupos de estudiantes describieron experiencias similares, habitualmente familiares cercanos con enfermedades crónicas que requerían cuidados continuos, pero mientras un grupo encontró estas experiencias como algo frustrante, triste y desagradable, el

otro grupo lo vio como un área de oportunidad para ayudar a personas en situación de vulnerabilidad.

Sin duda la vivencia de las experiencias es una de las cosas más difíciles de explicar en cualquier escenario y esta no es la excepción, múltiples factores como la relación con la persona enferma, el momento en la vida del estudiante cuando se dio el contacto, la dinámica familiar, la situación económica de la familia y muchas otras cosas, con seguridad influenciaron en cada uno de los casos para dar un resultado de interpretación positiva o negativa de la situación, factores que rara vez se pueden controlar en el día a día de las personas. A pesar de que, en la vida diaria, hay experiencias en las cuales no se puede influir como educadores, definitivamente hay evidencia que existen intervenciones que pueden ayudar a ver con ojos más favorables el contacto médico con personas mayores.

Por ejemplo, en 2019, se publicó una revisión sistemática que evaluó qué factores se consideraban como “estimulantes” para que los estudiantes de medicina se interesaran en una carrera en geriatría notó que uno de los elementos que tienen un mayor efecto positivo es el antecedente de experiencias previas positivas en el contexto de actividades educativas orientadas a geriatría, de manera que, como educadores en ciencias de la salud, tenemos la posibilidad de realizar intervenciones pensadas en permitir a los estudiantes tener experiencias positivas en el contacto con personas mayores (70). Tomando en cuenta la evidencia publicada con anterioridad, es probable que un número mayor de estudiantes que inicialmente eran indiferentes, eventualmente se pueda llegar a interesar por la geriatría.

Prestigio de las especialidades para selección

En 2005, se realizó una encuesta a estudiantes de medicina del Reino Unido, que incluyó 1562 estudiantes, en los resultados del estudio, se encontró que casi un 40 % de los participantes consideró que la geriatría tenía poco potencial para una buena remuneración económica y el 52 % reportó que la geriatría tenía poco prestigio en la profesión médica (71). En el Reino Unido, un estudio que evaluó la capacidad de reclutamiento de la especialidad de geriatría, reportó que los estudiantes consideran a la geriatría como un área que requiere un nivel alto de compromiso y que es una mayor carga de trabajo, comparada con otras especialidades (72).

En contraste con estos hallazgos, en nuestro estudio no hubo una tendencia clara con respecto al prestigio que la geriatría traía para los estudiantes a nivel económico o académico. Sí se registraron comentarios positivos acerca de la geriatría en ambos rubros y en ambos grupos, sin embargo, a diferencia de otros elementos, en este caso no hubo una postura que contrastara entre los estudiantes del estudio.

b) Personalidad en la selección de especialidad

Existe una amplia bibliografía relacionada con las características de personalidad y la probabilidad de elegir una especialidad, sin embargo, la personalidad como predictor de selección de especialidad ha mostrado ser inconsistente, en parte porque la forma de evaluar y reportar la relación entre estos dos factores ha sido muy variable, utilizándose diversas herramientas y cuestionarios para clasificar tipos de personalidad (73, 74, 75).

A pesar de que existe, sin lugar a dudas, asociación entre las características de la personalidad con la selección de especialidad médica, la realidad es que no se ha logrado identificar rasgos específicos que definan o predigan de manera confiable la elección de los estudiantes de medicina (71). No se niega que la personalidad juega un rol importante en el desempeño y desarrollo de los profesionales en medicina desde etapas tempranas, sin embargo, numerosos estudios y revisiones han mostrado que no existen tipos de personalidades categóricamente mejores que otras para el estudio de la medicina en cualquiera de sus ramas. Al contrario, se plantea que en realidad las diversas personalidades confieren experiencias distintas entre los estudiantes, pero no por ello menos exitosas (77, 78).

Adicionalmente, aunque hay ciertos elementos o características de la personalidad que pueden ser prominentes o frecuentes en una especialidad en específico, habitualmente existen otras especialidades en donde dichas características también pueden verse de forma relevante, de manera que la personalidad, tampoco permite predecir si una persona tendrá un buen desempeño en alguna especialidad en específico (79). También es relevante resaltar que el estudio de los rasgos de la personalidad, no únicamente en el contexto de ciencias de la salud, sino en general, ha reportado que el modelo de 5 factores, que es el más utilizado en estudios de investigación relacionados con la personalidad, ya no es lo suficientemente amplio como para considerar diversos hallazgos que han ampliado el conocimiento en cuanto a los rasgos de personalidad, de manera que nuevas líneas de investigación han surgido que

no apoyan tanto la tendencia previa de “catalogar” a todas las personas dentro de un grupo de personalidad, sino tratar de tener una visión más integral de cada uno de los individuos en la medida de lo posible (80).

En nuestro estudio se identificó un fenómeno muy interesante: los estudiantes del grupo que rechazaron geriatría describieron características muy específicas que consideraban eran necesarias para ser geriatría, de manera recurrente se expresaron diciendo que los geriatras tenían “una habilidad especial” un “trato distinto” y que poseían características como la paciencia o la tolerancia que hacían ideales para elegir la especialidad. En definitiva, existen ciertos rasgos de personalidad que facilitan el desempeño de los estudiantes en algunas ramas de medicina, pero como se mencionó previamente, los hallazgos no son lineares ni categóricos, es decir, no hay alguna personalidad específica para cada especialidad, sino que se puede encontrar un rango distinto de formas de ser en una misma área de la medicina.

Este tipo de comentarios, resalta aún más cuando consideramos que a lo largo de las entrevistas, los mismos estudiantes que describieron las características “típicas” de los geriatras, aceptaron que no conocían a muchos geriatras en su lugar de origen, muchos de ellos incluso refirieron que no conocían ninguno y que no habían tenido contacto ni con residentes ni con adscritos, así como tampoco habían tenido oportunidad de estar en ningún servicio de atención en geriatría durante su carrera.

Todo lo anterior, invita a reflexionar, si en este caso no se está cayendo nuevamente en la familiaridad de los estereotipos en medicina, a final de cuentas, es algo a lo que los médicos se han acostumbrado a lo largo de su formación. Como se mencionó inicialmente, los médicos están familiarizados con escuchar el mismo discurso de cómo son o deben ser *todos* los médicos, de cómo actúan y qué características tienen, no es muy difícil pensar que se esté presentando el mismo escenario cuando se trata de describir de qué manera son o deben de ser los especialistas.

c) El papel de las intervenciones educativas en las percepciones sobre la geriatría

A lo largo de la revisión del tema, se identificaron varios puntos que ayudan a incrementar la comprensión del fenómeno de elección de especialidad, en particular con respecto a geriatría. Varios de los puntos no son modificables, como las preferencias personales de cada

uno de los estudiantes o experiencias con personas mayores fuera de un escenario de intervención educativa.

También se identificaron otros factores en los cuales sí podría implementarse una serie de intervenciones que permitan a los estudiantes interactuar y conocer el área de geriatría bajo una luz más positiva.

Con respecto a otras experiencias, existen múltiples ensayos que buscaron evaluar el impacto de intervenciones educativas ya fuera en las percepciones sobre la geriatría y/o sobre las personas mayores y en algunos casos también si este cambio tuviera efecto en la cantidad de estudiantes que eligen especialidad de geriatría, por ejemplo:

En 2012 en EUA, se evaluaron las percepciones de estudiantes de medicina, y encontró que los estudiantes se sienten intimidados por la complejidad de las personas mayores, sin embargo, conforme adquirieron mayor experiencia y conocimiento sobre cómo tratarlos, notaron que se sentían mucho más cómodos y que realmente si podían tener un impacto significativo y positivo en sus pacientes adultos mayores (55).

En la Universidad de Duke (California, EUA), se diseñó un programa para capacitar a miembros de la facultad, tanto adultos mayores como adultos jóvenes, para que estos a su vez pudieran desarrollar programas de calidad educativa para enseñar a los estudiantes de medicina acerca de geriatría. Los participantes en la capacitación incluyeron médicos familiares, médicos generales, cirujanos, psiquiatras, rehabilitadores y urgenciólogos. Posterior al programa, la mayoría de los docentes que participaron reportaron un incremento significativo en su habilidad para diseñar cursos, redactar objetivos cuantificables e identificar los métodos instruccionales para alcanzar las metas de aprendizaje, todo lo cual les permitió introducir de manera más adecuada nuevo currículo centrado en geriatría (81).

En un estudio que resaltó la falta de formación de estudiantes de medicina en cuanto al manejo de personas con discapacidad, que por frecuencia en muchas ocasiones son adultos mayores, se observó que intervenciones educativas que hacían que los estudiantes se involucraran con equipos de manejo multidisciplinario para atención de personas con discapacidad, favorecieron un mejor desempeño de los estudiantes. Se reportó mejoría en la comprensión de las limitaciones en la capacidad de los pacientes por parte de los estudiantes y entendimiento del proceso de rehabilitación. También se identificó un cambio

en cuanto a las actitudes de los estudiantes, quienes reportaron sentirse mucho más involucrados y ser capaces de apreciar las dificultades del día a día que enfrentan este tipo de pacientes (66).

En otro estudio que se realizó en 2008 y en el que evaluó el efecto de un curso intensivo de medicina geriátrica sobre las actitudes con respecto a los adultos mayores de estudiantes de medicina y residentes de medicina interna, se observó que el curso intensivo incrementó la probabilidad de que estudiantes de cuarto año de medicina consideraran una carrera en medicina geriátrica (82).

XII. CONCLUSIONES

Nuestro estudio es parte de una creciente vertiente de la investigación en educación médica que busca explicar los eventos y fenómenos que ocurren durante la carrera de medicina de una manera más integral, desde el punto de vista de los sujetos que están viviendo las experiencias en ese momento y que hace uso de las herramientas cualitativas o mixtas para darle profundidad a los hallazgos. Este modelo de investigación educativa, busca entrar más en detalle en los eventos y sujetos a estudiar y es una parte fundamental de la comprensión integral de un fenómeno como el que comprende este estudio.

Se trata de una investigación que logró conocer y analizar con profundidad el lado de la experiencia de los estudiantes de medicina que se encuentran viviendo el proceso de selección, a partir de nuestro estudio podemos concluir los siguientes puntos:

Existen un número extenso de factores que interactúan entre sí para formar opiniones de las especialidades en los estudiantes de medicina. Estos factores no se pueden controlar o modificar en su totalidad, sin embargo, existe una mayor área de oportunidad educativa en donde se puede incidir para mejorar las percepciones de ciertas especialidades, incluyendo la geriatría.

A nivel de la sociedad actual, hay un discurso muy intenso y repetitivo de que envejecer es algo inherentemente negativo y que se debe tratar de evitar a toda costa, hay una tendencia a castigar a los miembros de la sociedad que han envejecido o perdido parcial o totalmente de forma temporal o permanente, sus capacidades físicas o mentales. A la par de este discurso, la comunidad médica trata por un lado de ver a la geriatría como una rama central de la medicina general, dando énfasis en la importancia de las particularidades de la valoración geriátrica para mejores desenlaces, a la vez que también se ve influenciada por la idea de que se debe “luchar” contra el envejecimiento y sus consecuencias. Esta incongruencia en el discurso social y médico, genera incertidumbre y ambigüedad con respecto a la especialidad de geriatría, lo cual impacta en el interés de los estudiantes.

Los estudiantes de medicina en México, se ven influenciados de manera importante por sus experiencias con personas mayores en etapas previas a su ingreso al área de estudio de la medicina, pero también durante sus años formativos. El incidir de manera intencionada y con un buen fundamento educativo, durante estas rotaciones clínicas, tiene un impacto positivo

en la percepción de la geriatría por parte de los estudiantes de medicina y favorece que se considere como especialidad.

Existen prejuicios y estereotipos muy arraigados en la sociedad en general y dentro de la comunidad médica acerca de las características que puede o debe tener uno u otro especialista, esto genera concepciones equivocadas en los estudiantes, de manera que pueden llegar a creer que no “tienen lo que se necesita” para ciertas áreas de la medicina. No hay evidencia contundente que ciertos rasgos aseguren éxito o fracaso en ninguna de las ramas de la medicina, de manera que es importante dar mayor claridad y acceso a la información y características de las especialidades y no limitar a los aspirantes basados en sus características de personalidad, ya que potencialmente se limita las opciones de los estudiantes de manera injustificada.

Existe la percepción de que hay un nivel inadecuado de conocimientos y habilidades relacionadas con la enseñanza y la atención de pacientes en el contexto de la geriatría, a la par que se reconoce por los mismos estudiantes que es necesario incrementar estas capacidades, independientemente de la especialidad que se busque estudiar, ya que los estudiantes en México ya perciben y expresan las competencias en geriatría como parte fundamental de la preparación de un médico general, con lo cual los autores concordamos completamente.

Los médicos en formación, pueden tener características personales que les generan un elevado grado de ansiedad ante el riesgo del fracaso, de manera que mientras no se incrementen las competencias desde niveles tempranos en las áreas menos conocidas o reconocidas de la medicina en México, este componente se perpetuará, dificultando que un número mayor de médicos se interesen por el área.

De manera muy grave, hay una tendencia por parte de las Escuelas y Facultades de Medicina del país a tomar de forma menos seria las materias y cursos relacionados con algunas áreas de la medicina, como la geriatría, sin que exista justificación para ello. La inclusión de geriatras a distintos niveles de la educación médica, es fundamental para modificar esta tendencia e incrementar la calidad de la formación en medicina, de la mano de médicos capacitados en educación médica para un enfoque más integral.

Finalmente, reconocemos que muchos de los elementos identificados y planteados en el análisis y conclusiones, son definitivamente susceptibles de intervenciones educativas de calidad, de manera que un programa bien dirigido y fundamentado, puede impactar de manera muy positiva en las percepciones de la geriatría en los estudiantes y tener un efecto en incrementar el número de estudiantes que se interesen por esta especialidad en México. Especialmente, consideramos que sería valioso y relevante, asegurar que todas las escuelas y facultades de medicina del país, incluyan dentro de su currículo la materia de geriatría de manera obligatoria, para convertirla en una de las competencias básicas del médico general y favorecer el contacto de los estudiantes con todas las ramas de la medicina durante sus años formativos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este trabajo, es el primer proyecto de carácter cualitativo en el que la autora fungió como investigadora principal. Previo a este estudio, la autora contaba con mucha experiencia en cuanto a conceptos y metodología desde el punto de vista de un responsable principal del estudio. Sin lugar a dudas, este elemento tuvo impacto en la ejecución del estudio y consideramos que es definitivamente un área de oportunidad para futuros proyectos.

Adicionalmente, no perdemos de vista que se trata de un enfoque que si bien, estamos convencidos enriquece el conocimiento sobre la selección de especialidad, finalmente no es una forma holística de aproximarse al fenómeno, siendo posiblemente necesario, realizar aproximaciones mixtas para este tipo de estudios. Estamos conscientes que el estudio ofrece un enfoque complementario a otras investigaciones cuantitativas y por lo tanto, conocemos la limitación de la información que estamos obteniendo.

APORTES DEL ESTUDIO Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Nuestro estudio indudablemente proporciona información que proviene de la subjetividad de los individuos y nos ayudará a construir nuevo conocimiento acerca del fenómeno de elección de especialidad.

La información obtenida nos ha permitido aclarar las percepciones del proceso, no solo para los estudiantes que eligen especialidades de baja demanda, sino también, desde la perspectiva de aquellos que eligen especialidades con gran popularidad. Esta riqueza en la

información, nos ha abierto la puerta a nuevas interrogantes educativas como, por ejemplo, la importancia de la interacción de los estudiantes con diversas áreas de la medicina, así como la temporalidad y características de la misma, de manera que se puedan enriquecer y diversificar el interés de los médicos en formación en áreas menos tradicionales. Inclusive, nos ha permitido vislumbrar el impacto que la cultura popular tiene en las percepciones de los estudiantes de medicina, algo que decididamente vale la pena evaluar a mayor profundidad.

Para lograr aterrizar estas nociones, surge la necesidad de realizar estudios con intervenciones educativas para evaluar por otros métodos, ya sea cuantitativos o mixtos, el impacto de dichas intervenciones en el interés de los estudiantes por las diferentes ramas de la medicina, así como la durabilidad del efecto de las mismas, y por otro lado, la necesidad de realizar estudios de carácter cualitativo para tratar de establecer el impacto en la selección de elementos menos tradicionales como la música y la televisión en la selección de especialidad médica.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Bohoslavsky R, Bojart JMV, Penteadó WMA. Orientación vocacional: la estrategia clínica. Editorial Galerna. 1971: 45-91
2. Reed VA, Jernstedt GC, Reber ES. Understanding and improving medical student specialty choice: a synthesis of the literature using decision theory as a referent. *Teach Learn Med* 2001; 13:117–29. DOI: 10.1207/S15328015TLM1302_7
3. Bland C, Meurer L, Maldonado G. Determinants of Primary Care Specialty Choice: A Non-Statistical Meta-analysis of the Literature. *Acad Med* 1995;70: 620-41. ^[L]_[SEP] DOI: 10.1097/00001888-199507000-00013
4. Querido SJ. et al, Dynamics of career choice among students un undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33, *Med Teach*. 2016; 38:18-29. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1074990
5. McNally SA. Competition ratios for different specialties and the effect of gender and immigration status. *J R Soc Med* 2008; 101:489–92. DOI: 10.1258/jrsm.2008.070284
6. Barbieri RL, Anastos L, Michels KB. Economic factors and the percentage of residency positions filled by United States medical graduates. *Obstet Gynecol*. 2005 Sep;106(3):581-4. DOI: 10.1097/01.AOG.0000173983.88951.2e.
7. Gómez-Moreno C. et al, Clinical decision making in older adults with COVID-19 in developing countries: Looking Beyond Chronological Age, *Rev Invest Clin*, 2020;72(3):127-34. DOI: 10.24875/RIC.20000131
8. Palmer K, Onder G. Comprehensive Geriatric Assessment: Benefits and Limitations. *Eur J Int Med*, 2018; 54: e8-e9. DOI: 10.1016/j.ejim.2018.02.016
9. <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
10. Gomez-Moreno C., Hernández-Ruiz V., Hernández-Gilsoul T. and Avila-Funes J. A., Clinical Decision Making in Older Adults with Covid-19 in Developing Countries: Looking Beyond Chronological Age, epub ahead of print, DOI: 10.24875/RIC.20000131 ^[L]_[SEP]
11. Yang Y, Li J, Wu X, et al. Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9: e022097. doi:10.1136/ bmjopen-2018-022097

12. Vicente B, Rosel L. Challenges for psychiatric recruitment and training in Chile. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25:413–8. DOI: 10.3109/09540261.2013.822348
13. Freire MC, Jordao LM, de Paula Ferreira N, et al. Motivation towards career choice of Brazilian freshman students in a fifteen- year period. *J Dent Educ* 2011; 75:115–21. PMID: 21205736.
14. Gutiérrez-Cirlos C. et al, Factores relacionados con la elección de una especialidad en médicos residentes mexicanos, *Gac Med Mex.* 2017; 153:800-809. DOI: 10.24875/GMM.17002959
15. Weissman C, Zisk-Rony RY, Schroeder JE, et al. Medical specialty considerations by medical students early in their clinical experience. *Isr J Health Policy Res* 2012; 1:13. DOI <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-13>
16. The World Bank. Data Bank. Mexico. [<https://data.worldbank.org/country/mexico>] Date accessed 12/21/19
17. Meiboom et al. *BMC Medical Education* (2015) 15:101 DOI 10.1186/s12909-015-0384-
18. ADGAP Final Report, Phase III, 2006–2009 for web. http://www.americangeriatrics.org/advocacy_public_policy/gwps/gwps_publications/gwps_other, accessed February 25, 2015
19. Manual de Organización de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2017, disponible en http://www.facmed.unam.mx/_documentos/fm/documentos/manualorg.pdf
20. Rivera-Hernandez M, Flores Cerqueda S, García Ramírez JC (2017). The growth of gerontology and geriatrics in Mexico: Past, present, and future. *Gerontol Geriatr Educ* 38, 76-91. DOI: 10.1080/02701960.2016.1247068
21. Consejo Mexicano de Geriátría. Listado de Médicos Certificados. [<http://consejomexicanodegeriatria.org/listado-medicos/>] Date accessed 12/21/19. In.
22. Beck J & Butler R. Physician recruitment into Geriatrics- Further Insight into the Black Box. *JAGS* 52:1959–1961, 2004^[L]_[SEP]

23. Cherubini A, Del Signore S, Ouslander J, Semla T, Michel JP. Fighting against age discrimination in clinical trials. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58:1791–6. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03032.x
24. Wattis JP, Smith CW, Binns V. Medical students' attitudes to old people and career preference: a comparison of two universities. *Med Educ.* 1986;20(6):498–501. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1986.tb01389.x
25. Hughes N. et al. Medical Student Attitudes Toward Older People and Willingness to Consider a Career in Geriatric Medicine *JAGS* 56:334–338, 2008. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01552.x
26. 23. Diachun L et al. ... But Does It Stick? Evaluating the Durability of Improved Knowledge Following an Undergraduate Experiential Geriatrics Learning Session. *JAGS* 54:696–701, 2006. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00656.x
27. Gomez-Moreno C et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clinical and Translational Oncology*, 2019; 21: 1730–1735. DOI <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02107-w>
28. Strauss A. & Corbin J., Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory, Editorial Universidad de Antioquia, diciembre de 2002 Publicado por acuerdo con Sage Publications, Inc. / Published by arrangement with Sage Publications Inc.
29. Klopfer H. The qualitative research proposal. *Curationis.* [online]. 2008; 31(4)
30. Fuster-Guillen D. E., Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico, *Propós represent;* 2019, 7(1): 201-209. DOI: <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
31. Murray S, Tapson J, Turnbull L, McCallum J, Uttle A. Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. *BMJ* 1994; 308: 698-700. DOI: 10.1136/bmj.308.6930.698
32. Gregory S, McKie L. The smear test: listening to women's views. *Nursing Standard,* 1991; 5:32-6. DOI: 10.7748/ns.5.33.32.s41
33. Denning JD, Verschelden C. Using the focus group in assessing training needs: empowering child welfare workers. *Child Welfare*, 1993;72:569-79.
34. Arigo D, Pagoto S, Carter-Harris L. Using social media for health research:

- Methodological and ethical considerations for recruitment and intervention delivery. *Digital Health*. 2018; 7(4): 2055-2076. DOI: 10.1177/2055207618771757
35. Myers G. Displaying opinions: topics and disagreement in focus groups. *Language in Society*, 1998; 27 (1): 85-111.
 36. Hamui-Sutton A, Varela-Ruíz M. La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2013; 2(5): 55-60. DOI: 10.1016/S2007-5057(13)72683-8
 37. Debus M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997
 38. Roso A. Grupos focais em Psicologia Social: da teoria à prática. *Psico* 1997; 28(2): 155-69.
 39. Blasco-Hernández T, Otero-García L. Técnicas cualitativas: la entrevista (I), *Nure Investigación*, 2008;33:1-5
 40. Adeoye-Olatunde OA, Olenik NL. Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. *J Am Coll Clin Pharm*. 2021; 4: 1358-1367. DOI: <https://doi.org/10.1002/jac5.1441>
 41. Archibald M, Ambagtsheer R, Casey M, Lawless M. Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences^[1]_{SÉP} of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*. 2019; 18:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/160940691987459>
 42. Varela-Ruiz M, Vives-Varela T. Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. *Inv Ed Med*. 2016;5(19):191-198. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.04.006>
 43. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquires. *ERIC/ECTI Annual*. 1981; 2: 75-91. DOI: <http://www.jstor.org/stable/30219811>.
 44. Guba EG, Lincoln YS. Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. En: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Manual de investigación cualitativa, paradigmas y perspectivas en disputa*, Vol. 2. Barcelona: Gedisa; 2012. p. 38-78.
 45. Izcarra-Palacios SP, Andrade-Rubio KL. Guía para la elaboración de una investigación cualitativa. Primera edición. Cd. Victoria, Tamaulipas. México: PROMEP:2003

46. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift H. Ageism in Europe: Findings from the European Social Survey. 2011. London: Age UK. URI: <https://kar.kent.ac.uk/id/eprint/29733>
47. Swift HJ, Abrams D, Lamont R. Ageism around the world. In Gu D, Dupre ME (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. 2019, Springer, Cham. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_586-1
48. Abrams D, Swift HJ, & Drury L. Old and unemployable? How age-based stereotypes affect willingness to hire job candidates. *Journal of Social Issues*. 2016; 72(1), 105-121. DOI: 10.1111/josi.12158
49. North MS, & Fiske ST. Resource scarcity and prescriptive attitudes generate subtle, intergenerational older-worker exclusion. *Journal of Social Issues*. 2016; 72(1), 122-145. DOI: 10.1111/josi.12159
50. 45. *Dodderly but dear? Examining age-related stereotypes*. London: Centre for Ageing Better; 2020
51. Reyes-Ortiz CA. Physicians must confront ageism. *Acad Med*. 1997;72(10):831. DOI: 10.1097/00001888-199710000-00001
52. Green MG, Adelman R, Charon R, Hoffman S. Ageism in the medical encounter: An exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. *Language & Communication*. 1986; 6(1/2): 113-124. DOI: <http://hdl.handle.net/10822/729518>
53. Kaufman SR. Old age, disease and the discourse on risk: Geriatric assessment un the U.S. health care. *Medical Anthropology Quarterly*. 1994; 8(4): 430-447. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.1994.8.4.02a00060>
54. Leibing A. Inverting compliance, increasing concerns: Aging, mental health, and caring for a trustful patient. *Anthropology & Medicine*. 2010; 17(2): 145-158. DOI: <https://doi.org/10.1080/13648470.2010.493600>
55. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as “frustrating” and “boring”: Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *Journal of Aging Studies*. 2012; 26: 476-483. DOI: 10.1016/j.jaging.2012.06.007

56. Alabduljabbar A, Almana L, Almansour A, Alshunaifi A, Alobaid N, Alothaim N, Shaik SA. Assessment of Fear of Failure Among Medical Students at King Saud University. *Front Psychol.* 2022, 11;13:794700. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.794700
57. Wright JL. The Courage to Be a Geriatrician. *JAGS*, 2014;62:1139-1141. DOI: 10.1111/jgs.12837
58. Hafferty F & Levinson D. Moving beyond nostalgia and motives towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 2008;51(4):599–615. DOI: 10.1353/pbm.0.0044
59. Hall JA, Gulbrandsen P, Dahl FA. Physician gender, physician patient-centered behavior, and patient satisfaction: A study in three practice settings within a hospital. *Patient Education and Counseling*, 2014;95(3): 313-318. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.015>
60. Quaschnig K, Mirjam K, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*, 2013;91(2): 167-175. DOI: 10.1016/j.pec.2012.12.007
61. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*, 2005;58(1): 4-12. DOI: 10.1016/j.pec.2005.01.01
62. Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters? *Patient Education and Counseling*, 2011;84(3): 294-302. DOI: 10.1016/j.pec.2011.05.027
63. Joshua F Ceñido, Osagie N Obanor. Losing Face: Narcissism in Medical Training. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders* 4 (2020): 188-190. DOI: 10.26502/jppd.2572-519X0105
64. Turabian JL. Concept of Integrality in General Medicine. *Arch Fam Med Gen Pract*, 2018; 3(1):54-57. DOI:10.36959/577/481
65. Turabian JL. Doctor-Patient Relationship and Multimorbidity: The More Extraordinary a Case Seems, the Easier it is to Solve it. *Arch Fam Med Gen Pract*, 2019; 4(1):82-89. DOI: 10.36959/577/487

66. Crotty M, Finucane P, Ahern M. Teaching medical students about disability and rehabilitation: methods and student feedback. *Medical Education*. 2000; 34:659-664. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2000.00621.x
67. Curran MA, Black M, Depp CA, Iglewicz A, Reichstadt J, Palinkas L, Jeste DV. Perceived Barriers and Facilitators for an Academic Career in Geriatrics: Medical Students' Perspectives. *Acad Psychiatry*, 2015; 39:253-258. DOI: 10.1007/s40596-014-0208-6
68. Rivera-Hernandez M, Flores-Cerqueda S and García-Ramírez JC. The growth of gerontology and geriatrics in Mexico: Past, present, and future. *Gerontol Geriatr Educ*. 2017; 38(1): 76–91. DOI: 10.1080/02701960.2016.1247068
69. Schigelone AS, Ingersoll-Dayton B. Some of my best friends are old: a qualitative exploration of medical students' interest in geriatrics. *Educ Gerontol*. 2004;30(8):643-661. DOI: <https://doi.org/10.1080/03601270490483887>
70. Karikari G, Lohrmann DK, Huber L. Stimulators of medical students' interest in geriatric medicine-A systematic review. *Australas J Ageing*. 2020;39: e226-e238 DOI: 10.1111/ajag.12825
71. Robbins TD, Crocker-Buque T, Forrester-Paton C, Cantlay A, Gladman JRF, Gordon AL. Geriatrics is rewarding but lacks earning potential and prestige: responses from the national medical student survey of attitudes to and perceptions of geriatric medicine. *Age and Ageing*. 2011; 40(3):405-408. DOI: 10.1093/ageing/afr034
72. Fisher JM, Garside MJ, Brock P, Gibson V, Hunt K, Briggs S, Gordon AL. Why geriatric medicine? A survey of UK specialist trainees in geriatric medicine. *Age and Ageing*, 2017;46(4):672-677. DOI: 10.1093/ageing/afx009
73. Mehmood SI, Khan MA, Walsh KM, Borleffs JCC. Personality types and specialist choices in medical students. *Medical Teacher*, 2013;35(1):63-68. DOI: 10.3109/0142159X.2012.731104
74. Borges N, Savickas ML. Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. *Journal of Career Assessment*, 2002;10(3):362-380. DOI: <https://doi.org/10.1177/10672702010003006>

75. Fang JT, Lii SC. Relationship between personality traits and choosing a medical specialty. *Journal of the Formosan Medical Association*, 2015;114(11): 1116-1121. DOI: 10.1016/j.jfma.2014.05.002
76. Luong V, Shields C, Petrie A, Neumann K. Does Personality Matter? Perceptions and Experiences of Introverts and Extraverts as General Surgeons. *Teaching and Learning in Medicine*, 2022;34(3):255-265. DOI: 10.1080/10401334.2021.1922284
77. Davidson B, Gillies RA, Pelletier AL. Introversion and Medical Student Education: Challenges for Both Students and Educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 2015;27(1):99-104. DOI: 10.1080/10401334.2014.979183
78. Haight SJ, Chibnall JT, Schindler DL, Slavin SJ. Associations of Medical Student Personality and Health/Wellness Characteristics with Their Medical School Performance Across the Curriculum. *Academic Medicine*, 2012;87(4): 476-485. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318248e9d0
79. Guilera T, Batalla I, Forné C, Soler-González J. Empathy and big five personality model un medical students and its relationship to gender and specialty preference: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 2019;57:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1485-2>
80. Medina-Craven MN, Ostermeier K, Sigdyal P, McLarty BD. Personality research in the 21st century: new developments and directions for the field. *Journal of Management History*, 2022; Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. DOI:10.1108/JMH-06-2022-0021
81. Pinheiro SO, White HK, Buhr GT, Elbert-Avila K, Cohen HJ, Heflin MT. Advancing Geriatrics Education Through a Faculty Development Program for Geriatrics-Oriented Clinician Educators. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63:2580-2587. DOI: 10.1111/jgs.13824
82. Hughes NJ, Soiza RL, Chua M, Hoyle GE, MacDonald A, Primrose WR, Seymour G. Medical Student Attitudes Toward Older People and Willingness to Consider a Career in Geriatric Medicine. *JAGS*, 2008; 56:334-338. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01552.x

XIV. ANEXOS

Anexo 1. Dictamen de aceptación del proyecto por parte del Comité de Ética e Investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud (PMDCMOS).



**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS
Y DE LA SALUD**

PMDCMOS/CE3/03/2021

Dr. Carlos Gutiérrez-Cirlos Madrid
Tutor del PMDCMOS

Carolina Gómez Moreno
Alumna de la Maestría

Por medio de la presente, me permito informarle que el Comité de Ética e Investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, en su décima sesión ordinaria, con respecto a su solicitud de evaluación del proyecto " Factores relacionados con la selección de especialidad de geriatría en estudiantes de medicina" dictaminó:

ACEPTAR

En cuanto al desarrollo del proyecto se sugiere:

- Agregar la hipótesis del proyecto

En cuanto a las consideraciones éticas, se exige:

- Considerar de un formato de revocación de consentimiento informado.
- Especificar la forma en que se resguardará la información y datos personales.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, Cd. Mx a 19 de octubre de 2021



Dra. Teresa Inelda Fortoul van der Goes
Representante del Comité de Ética e Investigación

Unidad de Posgrado, Edificio "A" Primer Piso, Ciudad Universitaria, Coyoacán, C.P. 04510, Cd. Mx., Tel.: 5623-7009
www.pmdcmos.unam.mx

Anexo 2. Dictamen de aprobación del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.



CIUDAD DE MÉXICO, A 13 DE SEPTIEMBRE DE 2021
No. OFICIO MCONTROL-1419/2021
REG. CONBIOÉTICA-09-CEI-011-20160627

DR. CARLOS GUTIERREZ-CIRLOS MADRID
INVESTIGADOR PRINCIPAL
DIRECCIÓN DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN, SALVADOR ZUBIRÁN
VASCO DE QUIROGA No. 15, COL. SECCIÓN XVI,
CP 14080, DEL. TLALPAN, CDMX
P R E S E N T E

Por este medio, nos permitimos informarle que el *Comité de Investigación*, así como el *Comité de Ética en Investigación* del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, han revisado y aprobado el Protocolo de Investigación Clínica, titulado:

"Factores relacionados con la selección de especialidad de geriatría en estudiantes de medicina"

Version septiembre 2021

REF. 3873

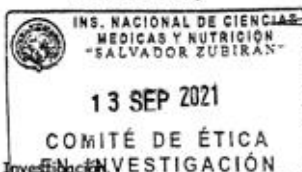
La vigencia de la aprobación termina el día 13 de septiembre de 2022. Si la duración del estudio es mayor tendrá que solicitar la re-aprobación anual del mismo, informando sobre los avances y resultados parciales de su investigación e incluyendo todos los datos sobresalientes y conclusiones.

POR FAVOR CUANDO TERMINE EL PROTOCOLO DEBERÁ ENVIAR CARTA DE AVISO DE CIERRE O TERMINACIÓN.

Sin más por el momento, quedamos de Usted.

DR. CARLOS A. AGUILAR SALINAS
PRESIDENTE
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

ATENTAMENTE,



DR. SERGIO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ
SECRETARIO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

c.c.p. Dr. Gerardo Gamba Ayala, Director de Investigación
CAAS/SHJ/MRG

Avenida Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Alcaldía Tlalpan
C.P. 14080 Ciudad de México Tel. 55 54 57 09 00 www.incmnsz.mx

