

Estudio piloto para reducir el edadismo y mejorar la experiencia del paciente en Atención Primaria. Una aplicación conductual.

Pilot study to reduce ageism and improve the patient experience in Primary Healthcare. A behavioral application.

Rocío Viñambres González

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) Escuela Internacional de Doctorado, Madrid, España

Email de correspondencia (autor principal): mvinambre3@alumno.uned.es

Resumen

Según el último estudio sobre Edadismo realizado en España entre personas mayores de 65 años, la situación más frecuente de discriminación por edad se produce en la Atención Primaria cuando un médico justifica las dolencias como “cosas de la edad”. El objetivo de este estudio piloto fue aplicar herramientas y metodologías de la Economía Conductual para diseñar intervenciones conductuales dirigidas a reducir el edadismo en consultas de Atención Primaria y mejorar la experiencia del paciente. Se diseñaron diecisiete iniciativas de intervención basadas en nudges, boosting, personalización, normas sociales, prestigio social y principio de compromiso. Las iniciativas se filtraron a través de una matriz de impacto y esfuerzo. Las intervenciones finalistas mejor valoradas por los médicos de Atención Primaria fueron las basadas en la personalización, las normas sociales y el principio de compromiso. La propuesta de nuevo protocolo de consulta médica basado en los conocimientos de la Economía Conductual fue valorada positivamente por los médicos y los mayores encuestados. Se concluye que las metodologías y herramientas de la Economía Conductual pueden aplicarse en el ámbito de la Salud para reducir las situaciones de edadismo y mejorar la experiencia del paciente.

Palabras Clave

Edadismo, estereotipos, atención primaria, comunicación no verbal, experiencia del paciente, metodología BASIC, metodología EAST.

Abstract

According to the latest study on Ageism carried out in Spain among people over 65 years of age, the most frequent situation of age discrimination occurs in Primary Healthcare when a doctor justifies ailments as “things of age.” The objective of this pilot study was to apply tools and methodologies of Behavioral Economics to design behavioral interventions aimed at reducing ageism in Primary Healthcare consultations and improving the patient experience. Seventeen intervention initiatives were designed based on nudges, boosting, personalization, social norms, social prestige and the principle of commitment. Initiatives were filtered through an impact and effort matrix. The finalist interventions most valued by Primary Healthcare doctors were those based on personalization, social norms and the principle of commitment. The proposal for a new medical consultation protocol based on the knowledge of Behavioral Economics was positively valued by doctors and seniors surveyed. It is concluded that the methodologies and tools of Behavioral Economics can be applied in the field of Health to reduce situations of ageism and improve the patient experience.

Keywords

Ageism, stereotypes, primary healthcare, nonverbal communication, patient experience, BASIC methodology, EAST methodology.

I. INTRODUCCIÓN

A. Antecedentes y contexto del problema

Según el último informe sobre Edadismo realizado en España entre personas mayores de 65 años (PM65), la situación más frecuente de discriminación por edad se produce en las consultas de Atención Primaria cuando un médico justifica sus dolencias como “cosas de su edad”, y su incidencia afecta al 25% del colectivo (Barómetro UDP, 2019). Pero la lista de situaciones de edadismo es larga (Araújo et al., 2023; Fernández-Ballesteros et al., 2017; Sosa et al., 2023). Algunas son tan sutiles que pasan desapercibidas, como excluir a las mujeres mayores de 65 años de los programas de prevención del cáncer de mama, aunque la enfermedad aparezca en edades superiores (Fernández-Ortega y Diez de los Ríos de la Serna, 2023; Gómez et al., 2022), o microedadismos por el lenguaje y el tono utilizados cuando se dirigen a ellos, como hablarles como si fueran niños, tontos o sordos (Barómetro UDP, 2019). Esto ocurre porque la edad cronológica se asocia a la pérdida de autonomía y hace que reciban un trato discriminatorio (HelpAge International España, 2020).

Lamentablemente, la imagen de las PM65 presenta muy escasos rasgos positivos. Detrás del edadismo están los estereotipos, cuya característica esencial es la inexactitud de la información que contienen al inferir cualidades idénticas para todos los miembros de un grupo privándoles de su identidad (OMS, 2015; Agredo, 2010). Se cree que están socialmente aisladas, enfermas, deprimidas, suelen tener algún grado de deterioro cognitivo, dependen de otras personas, y se vuelven difíciles de tratar (Agredo, 2010). Estos estereotipos generan situaciones de edadismo que pueden constituir una forma de maltrato (Iglesias-Gómez et al., 2022). Sin embargo, la realidad es otra. Muchas de las PM65 son independientes, activas y afrontan la vida con optimismo. Practican deporte, viajan, estudian y prestan ayuda a otros colectivos más desfavorecidos de forma altruista aportando valor a la sociedad.

Por ello, vivimos en una auténtica contradicción. Por un lado, nos satisface el incremento de la esperanza de vida y, por otro, discriminamos a las PM65 por razón de edad en ámbitos como el de la salud, provocando sufrimiento y exclusión.

Desde 2019, poco se ha hecho al respecto. El informe sobre la discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud (HelpAge, 2023) evidencia la desigualdad de acceso a los servicios de atención médica, las variaciones en la calidad de la atención médica y las disparidades en los niveles de satisfacción entre las PM65. Concluye subrayando la urgencia en abordar las diversas necesidades de las PM65, apostando por un enfoque integral que reconozca y respete las distintas realidades de este grupo poblacional tan amplio y diverso.

B. Objetivo del estudio piloto

En este contexto, el objetivo principal de este estudio piloto fue diseñar un conjunto de intervenciones desde la perspectiva de la Economía Conductual (EC) dirigidas a los médicos de Atención Primaria (AP) para reducir las situaciones de edadismo que sufren las PM65 en las consultas médicas y mejorar su experiencia de paciente.

Como subobjetivos y para mejorar la experiencia de las PM65 en consulta médica estaban que se sintieran bien tratados por sus médicos y se tuviera en cuenta su edad biológica, además de la cronológica, para el acceso a especialistas y tratamientos.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE LA INTERVENCIÓN

A. Origen y evolución del edadismo

A finales de los sesenta, Robert Butler acuñó el término Ageism (edadismo) para referirse al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a la edad. Posteriormente, identificó tres tipos de factores que intervienen en la consolidación del edadismo (Butler, 2009): el miedo a la muerte, el auge de la cultura de la belleza y la juventud, y el énfasis en la productividad. La confluencia de estos tres factores provoca una actitud de rechazo a través de expresiones psicológicas y sociales, y acaba transformándose en una actitud común en el ámbito de la familia, las relaciones personales y las prácticas profesionales, incluida la asistencia sanitaria, agravando el problema.

Los estereotipos de edad se han vuelto más negativos de forma lineal a lo largo de 200 años y, desde 1880, pasaron de ser positivos a negativos (Ng et al., 2015). El uso de estereotipos que identifican a las PM65 como inútiles hace que acaben

mostrándose más torpes, lo que es un ejemplo de autoprofecía cumplida o efecto Pigmalión (Bustillos et al., 2012). Si uno atribuye una incompetencia a alguien o le incita a dejar de hacer algo porque es mayor, la persona acaba por creerlo y deja de hacerlo (Learman et al., 1990).

Este fenómeno se ha estudiado en el ámbito de los profesionales sanitarios y su prevalencia es alta (Ribera-Casado et al., 2016), siendo necesario mejorar la formación y la investigación sobre envejecimiento en profesionales sociosanitarios para considerar a las personas independientemente de su edad (Iglesias-Gómez et al., 2022; Pontón et al., 2023).

La otra cara de la moneda es que la longevidad aumenta por las autopercepciones positivas del envejecimiento y estas correlacionan positivamente con la recuperación de la discapacidad en las personas mayores (Levy et al., 2012).

B. La relación médico-paciente

La relación médico-paciente (RMP) es una interacción interpersonal compleja y asimétrica, ya que médico y paciente no desempeñan el mismo rol. Generalmente, no es voluntaria para el paciente, suele llevar una carga emocional para ambos y requiere confianza mutua (Molinuevo, 2017).

Cuando un paciente acude a consulta por un problema de salud, el médico tiene dos responsabilidades: efectuar un diagnóstico clínico con los métodos más apropiados y proponer una acción terapéutica según ese diagnóstico. Salvo en tiempos de pandemia, en los que las consultas médicas eran mayoritariamente telefónicas (de Parga et al., 2023), es una relación cara a cara y directa. La herramienta principal de la práctica médica es la entrevista clínica, donde se realizan entre el 70-80% de los diagnósticos. Ser un buen profesional de la salud no consiste solo en la aplicación de competencias científicas y técnicas, sino también de competencias interpersonales (Epstein y Hundert, 2002).

C. El papel de la comunicación no verbal en la relación médico-paciente

Una consulta médica es un intercambio comunicativo en el que intervienen los dos sistemas de comunicación: el verbal y el no verbal, donde la comunicación no verbal abarca todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican o se utilizan para comunicar (Cestero, 1999).

En consulta, el médico debe ser consciente del impacto que su propio comportamiento no verbal tiene sobre sus pacientes, y observar el de sus pacientes. Esto implica atender no solo al problema de salud en sí, sino a su forma de relatarlo, al contenido de las explicaciones, a las cualidades de su voz, a sus silencios, a las preguntas que hace, a la apariencia física y los sentimientos del paciente.

Detalles como levantarse y saludar con un apretón de manos, incluso recibirle de pie cuando accede a la consulta, invitarle a que se siente y preguntarle el objeto de la consulta con contacto visual y cara amable ayudan a generar el contexto ideal para que la relación sea satisfactoria para ambas partes. Los pacientes valoran positivamente que el médico sonría moderadamente y sea expresivo facialmente, se muestre relajado, establezca contacto visual frecuente, oriente e incline su cuerpo hacia el paciente, asienta con la cabeza mientras escucha, no cruce brazos o piernas y hable con un tono de voz cálido (Beck et al., 2002).

Un estudio de base puramente conductual mejoró la adherencia al tratamiento de pacientes con faringitis aguda a través del contacto físico y los médicos fueron percibidos como más preocupados por sus pacientes y ligeramente más competentes en el ejercicio de la profesión. (Guéguen et al., 2010). Este estudio es un ejemplo de cómo elementos conductuales nacidos de la EC pueden mejorar el cumplimiento de un tratamiento médico simplemente construyendo confianza con el paciente. Un breve toque en el antebrazo es interpretado por el paciente como una demostración de confianza y actúa como palanca para un cambio conductual aumentando la adherencia al tratamiento.

D. La experiencia del paciente en consulta

Podemos definir la experiencia del paciente como la escucha de las necesidades profundas de los pacientes para, conjuntamente, transformar el ámbito sanitario para alcanzar resultados en salud y bienestar que se puedan medir científicamente (Instituto Experiencia Paciente, 2018). En este concepto, además del cuidado clínico, inciden otros aspectos como el entorno físico, el trato personal y la comunicación.

La satisfacción del paciente describe el nivel de satisfacción con los servicios de salud y el único baremo que tienen los

pacientes para valorar la atención médica que reciben en consulta es la percepción del trato (Segovia, 2015).

El reto de la sanidad española está en definir y medir la experiencia de paciente. Para ello, es necesario diseñar palancas fundamentadas en los conocimientos de la EC que permitan desarrollar nuevos comportamientos y habilidades entre los médicos para inhibir la acción de los estereotipos y prejuicios causantes del edadismo en la consulta médica.

E. Economía Conductual

La EC es una rama de la economía que, con la incorporación de conocimiento y herramientas de otras ciencias del comportamiento como la psicología, la sociología y la neurociencia, ha aportado nuevos enfoques, herramientas y conceptos para entender lo que subyace en la conducta de las personas y qué motiva su toma de decisiones en diferentes contextos.

Dentro de estas herramientas y conceptos están los sesgos cognitivos y heurísticos, la simplificación de los mensajes, el *nudge*, el *boosting*, las normas sociales y el principio de compromiso.

La simplificación de los mensajes incluida en el principio “Hazlo Simple” de la metodología EAST (Manual EAST, 2014) aumenta significativamente la tasa de respuesta en comunicación y en la RMP es esencial que la comunicación fluya y se genere confianza.

El *nudge* busca modificar la arquitectura de las decisiones individuales, intentando cambiar el comportamiento de las personas en una dirección concreta y a un bajo coste. Su impacto debe tener en cuenta el coste-efectividad del dinero invertido, en comparación con otras intervenciones públicas más tradicionales (Thaler y Sunstein, 2009).

El *boosting* está enfocado hacia las capacidades de las personas y sus efectos son a medio-largo plazo. Se centra en identificar las carencias de conocimiento y habilidades, y aportar información para que las personas los adquieran y modifiquen su comportamiento porque creen que es lo más correcto (Grüne-Yanoff y Hertwig, 2016).

Las normas sociales son una importante palanca para promover cambios conductuales. Las personas son seres sociales con una tendencia evolutiva a adaptarse al comportamiento del grupo para asegurarse la supervivencia. Lo que los demás creen que hay que hacer y hacen son criterios importantes a la hora de decidir cómo comportarse (García-Arteagoitia, 2019).

III. METODOLOGÍA Y HERRAMIENTAS

Para diseñar intervenciones conductuales desde la perspectiva de la EC se han utilizado la metodología BASIC (OECD, 2019) y el marco metodológico EAST (Manual EAST, 2014); y como herramientas, la entrevista para obtener información cualitativa de los participantes en el experimento, el *journey map* (mapa de la experiencia) de los pacientes en consulta y la matriz de impacto y esfuerzo (MIE), que es una herramienta de *design thinking* para filtrar las iniciativas con el objetivo de priorizarlas (Giosyst3m, 2020).

La metodología BASIC, que corresponde al acrónimo de: Comportamiento (Behavior), Análisis (Analysis), Estrategia (Strategy), Intervención (Intervention) y Cambio (Change), es una metodología sistemática y rigurosa para la Dirección de Proyectos Behavioral Economics que consta de cinco pasos clave (OECD, 2019):

Primero, Identify Behaviors (B). Identificar los comportamientos objetivo a través de la observación y la escucha, detectar los puntos críticos y plantear los retos desde la perspectiva de la EC.

Segundo, Analyze Biases (A). Tratar de entender por qué la gente se comporta como lo hace. Buscar y analizar los sesgos y heurísticos que operan en los puntos críticos.

Tercero, Design Strategies (S). Diseñar potenciales iniciativas para corregir los puntos críticos detectados. Se utiliza el marco metodológico EAST que, a través de cuatro principios, permite aplicar conocimientos conductuales del Behavioral Insights Team (BIT). Los principios de EAST son (Manual EAST, 2014): Hacerlo fácil (EASY), reducir, diferenciar y simplificar el mensaje y las opciones que se presentan. Hacerlo atractivo (ATTRACTIVE), atraer la atención hacia la acción que queremos que las personas realicen. Hacerlo social (SOCIAL), las normas sociales son un instrumento efectivo para fomentar comportamientos entre las personas. Hacerlo oportuno (TIMELY), elegir el momento y el contexto en el que aplicamos las intervenciones conductuales para que sus destinatarios estén receptivos a ellas. Para filtrar las iniciativas con el objetivo

de priorizarlas, se utilizó la matriz de impacto y esfuerzo (MIE).

Cuarto, Test Interventions (I). Testar y evaluar las iniciativas finalistas elegidas a través de la MIE, aprender de los errores y adaptarlas.

Quinto, Scale for Change (C). Implementar a gran escala (no aplicada en este estudio piloto).

Por tanto, la metodología BASIC brinda una estructura detallada para desarrollar intervenciones conductuales desde el inicio hasta el final del proyecto.

IV. DESARROLLO

A. Diagnóstico conductual

1) Fase de investigación

Se realizó una revisión bibliográfica para obtener información sobre edadismo en salud en España y su contexto demográfico, socioeconómico e investigaciones.

A nivel económico, el gasto sanitario es muy elevado. Como ejemplo, el 52% del gasto de atención especializada se dedica a PM65 y los mayores de 70 años son los responsables del 40% del total del gasto sanitario (Balea y Alonso, 2020).

El progresivo envejecimiento de la población española y el consiguiente aumento de la esperanza de vida (en 2023, la media fue de 83,2 años) ponen de manifiesto el grado de profunda transformación de la sociedad española, así como el cambio de paradigma del modelo actual del estado de bienestar (VidaCaixa, 2020). Según la proyección del INE (2014), en 2064 España podría albergar a más de 14 millones de PM65, lo que representaría el 29,4 % del total de una población.

Nuestra sociedad equipara envejecimiento con deterioro físico y mental, con ser poco capaces, tener mala salud, ser poco productivos, ser menos inteligentes que los jóvenes, ser incapaces para aprender cosas nuevas y ser una carga social. Sin embargo, la realidad es otra: la mayoría de las PM65 vive de forma independiente, no padece deterioro cognitivo y, si se monetizaran los servicios a otras personas (familiares, vecinos, amigos, voluntariado), las personas entre 55-75 años contribuyen con más de 106.000 millones de euros a la sociedad (Fernández-Ballesteros et al., 2011).

La falta de conocimiento sobre las variaciones de las manifestaciones de las enfermedades en las PM65 puede retrasar el diagnóstico y esto puede llevar a complicaciones en la salud del paciente, incluso al fallecimiento (Inouye, 2021). Por ejemplo, sobre un tercio de las infecciones graves en personas mayores cursan sin fiebre (Limpawattana et al., 2016) y, en los infartos agudos de miocardio, dentro de los síntomas presentados no suele estar el dolor en el pecho (Canto et al., 2000).

Siguiendo la metodología BASIC, la primera fase de esta intervención conductual fue identificar los puntos críticos en la RMP en consulta. Se partió de los resultados de estudios sobre edadismo en la población española, tanto desde la perspectiva de las PM65 (Barómetro UDP, 2019) como de los profesionales de la salud (Ribera-Casado et al., 2016, pg. 272). Se eligieron las diez situaciones de edadismo más frecuentes en consultas médicas obtenidas de la revisión bibliográfica realizada (Tabla 1):

Tabla 1. Situaciones de edadismo en consulta

Grupos de situaciones de edadismo para la intervención conductual	
1.	Justificar dolencias como cosas de la edad.
2.	Falta de exhaustividad en revisiones y diagnósticos.
3.	Tener limitado el desvío a médicos especialistas.
4.	Denegarles tratamientos médicos de alto coste sin tener en cuenta sus condiciones físicas.
5.	Discriminación en las intervenciones quirúrgicas.
6.	Exclusión de las campañas preventivas (tabaquismo o prevención del cáncer de mama).
7.	Dirigirse a ellos como si fueran niños, empleando diminutivos y tono infantil.

8.	Dirigirse a ellos hablando demasiado alto, como si fueran sordos.
9.	Dirigirse a ellos con palabras estereotipadas como “abuelo/a” o “viejo/a”.
10.	Dirigirse al acompañante en vez de a ellos durante la consulta.

Para realizar un análisis más concreto de los sesgos inhibidores de conductas y estereotipos, se agruparon en cinco grupos.

En las entrevistas a PM65 se obtuvieron comentarios como: “Permanece sentado; a veces, ni me mira, simplemente dice -pase y siéntese -”; “Me habla elevando la voz, y no estoy sordo”. “No me mira mientras le explico el motivo de la consulta, está mirando la pantalla del ordenador o escribiendo”; “Me corta sin dejar explicarme y quita importancia a mis dolores achacándolos a la edad: - eso es la pila, Paco, la pila de años -”; “Muchas veces, ni me ausculta”; “Es frío y distante”; “Es poco delicado cuando da instrucciones: “quítese la camisa”, “desabróchese la camisa”; “Mientras me estaba desnudando para la exploración médica, el médico salió de la consulta dejando la puerta abierta” (ver ANEXO 1)¹. Por ello, se añadió un sexto grupo de situaciones de edadismo relacionadas con la comunicación no verbal del médico y el entorno de la consulta obtenida de las entrevistas telefónicas abiertas realizadas (Tabla 2).

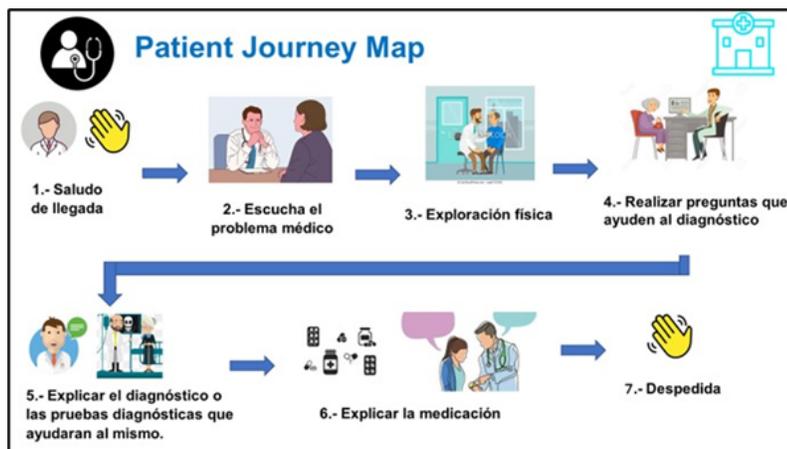
Tabla 2. Grupos de situaciones de edadismo para la intervención conductual

Grupos de situaciones de edadismo para la intervención conductual	
I.	Falta de exhaustividad en revisiones y diagnósticos por justificar dolencias por la edad (agrupando 1 y 2)
II.	Discriminación en el traslado a especialistas, tratamientos de alto coste y acceso a intervenciones quirúrgicas (agrupando 3, 4 y 5).
III.	Excluirles de campañas preventivas (6).
IV.	Discriminación en el modo de dirigirse a ellos (agrupando 7, 8 y 9).
V.	Dirigirse al acompañante, no a ellos, durante la consulta (10).
VI.	Comunicación no verbal del médico y entorno de la consulta (de las entrevistas a PM65).

Finalmente, cabe resaltar que las PM65 encuestadas comunicaron que no había un seguimiento del paciente, simplemente les emplazaban a volver en un tiempo determinado.

La información obtenida de las entrevistas abiertas permitió dibujar el actual “Patient Journey Map” (Figura 1) con los puntos de fricción en su relación con el médico en los distintos hitos de una consulta (ver ANEXO 1).

Figura 1. Patient Journey Map



¹ ANEXOS disponibles en: <https://drive.google.com/file/d/1CQIgpnwF1mU8epj74mktzNi12RKodoiw/view?usp=sharing>

2) Sesgos cognitivos y emocionales de médicos y pacientes

La segunda fase consistió en analizar los sesgos cognitivos y emocionales de médicos y pacientes. Los principales sesgos de los pacientes son el principio de autoridad, la percepción selectiva, la carga cognitiva y el Efecto Pigmalión. Además, sienten emociones negativas cada vez que tienen que acudir a consulta: miedo, preocupación y ansiedad.

El razonamiento médico durante el diagnóstico de un paciente es un proceso dual (Molinuevo, 2017). Tiene un componente intuitivo que genera hipótesis sobre los síntomas que presenta el paciente de forma rápida basadas en experiencias previas (Sistema 1) y donde surgen los sesgos y heurísticos (Kahneman, 2012). También un componente analítico que procesa esas hipótesis validándolas o descartándolas y, cuando es necesario, genera nuevas hipótesis de forma reflexiva (Sistema 2). En los casos rutinarios en consulta, el sistema intuitivo encuentra el diagnóstico de forma rápida, pero sus conclusiones deben ser siempre revisadas por el sistema analítico, ya que ambos sistemas funcionan de manera complementaria (Peña, 2012).

La lista de sesgos cognitivos que operan en los médicos incluye el sesgo del *status quo*, el heurístico de disponibilidad y el anclaje. Unidos al anclaje, pueden surgir el efecto de primacía por la influencia de la información inicial sobre el paciente, como su edad cronológica, el efecto de recencia por la influencia de la información recogida en último lugar, y el sesgo de confirmación y el de representatividad al interpretar la información que se va recogiendo de forma que corrobore el diagnóstico inicial, dejando pasar datos que podrían rechazarlo. Incluso el sesgo confirmatorio colectivo, por el condicionamiento del diagnóstico de otros médicos que han atendido previamente al paciente confirmando sin buscar posibles alternativas. El exceso de confianza, el coste de la inversión, el sesgo retrospectivo, la maximización y minimización de probabilidades en función de los resultados subestimando la probabilidad de que ocurran eventos clínicos con resultados más negativos y sobreestimando la probabilidad de que ocurran los más positivos.

También sesgos emocionales, como el error fundamental de atribución cuando el médico interpreta que las conductas del paciente se deben exclusivamente a su edad sin considerar otras circunstancias. El sesgo de edad puede surgir en todos los niveles de la atención sanitaria por la edad del paciente. Los sesgos de esfuerzo diagnóstico y terapéutico producen diferencias entre PM65 y los más jóvenes en el acceso a los servicios sanitarios, la aplicación de ciertos tratamientos, la prescripción de fármacos para un mismo problema de salud y las diferencias en la espera de la asistencia sanitaria. El sesgo de pronóstico al optar por diagnósticos que tienen buen pronóstico, especialmente, si el médico tiene un lazo afectivo con el paciente y tiende a creer que la enfermedad es benigna.

B. Sugerencias operativas

La tercera fase consistió en diseñar iniciativas para vencer los sesgos inhibidores de los médicos en consulta. En el ANEXO 2 encontrarán una tabla donde se incluyen los seis grupos de situaciones más frecuentes de edadismo en consulta, los sesgos inhibidores de los médicos en consulta, su impacto en las PM65, los sesgos correctores y las iniciativas sugeridas.

Para reducir las situaciones de edadismo en consulta médica se plantearon dos tipos de sugerencias operativas: 1) intentar cambiar la imagen de las PM65 rompiendo con los estereotipos entre los médicos y promover un cambio de actitud, y 2) establecer un protocolo de consulta médica que mejore la satisfacción del paciente.

1) Diseño de intervenciones desde la EC

Se diseñaron dieciséis intervenciones basadas en los conocimientos de la EC utilizando *nudges*, *boosting*, normas sociales, prestigio social, personalización, activación del sistema 2, dinámica vivencial y cambios puramente conductuales basados en los hallazgos sobre la importancia de la CNV de los médicos en consulta (INICIATIVAS A). Además, se diseñó un protocolo de actuación de los médicos en consulta que se ajusta más a las necesidades de las PM65 y puede ayudar a mejorar su experiencia del paciente en consulta (INICIATIVA B).

El objetivo de las INICIATIVAS A fue disociar vejez de enfermedad y poner en valor su experiencia de vida y sabiduría. Por ejemplo, con la idea de que los mayores no tienen obsolescencia programada como los electrodomésticos ni fecha de caducidad como los alimentos, y hacer comprender a los médicos que el edadismo nos afecta a todos, es solo cuestión de tiempo que ellos mismos pasen a formar parte de ese colectivo.

También se diseñó un protocolo de actuación de los médicos en consulta que se ajusta más a las necesidades de las PM65 y puede ayudar a mejorar la experiencia del paciente en consulta (INICIATIVA B).

Las INICIATIVAS A que se diseñaron para testar entre médicos fueron:

INICIATIVA A1.- Personalización, mensaje claro y *nudge* para tumbar los estereotipos y prejuicios por razón de edad en consulta. Se empleó una foto actual y una foto envejecida de un personaje público español como muestra de las que se incluirían de cada médico, de un eslogan tipo: “No dejes que sea el paso del tiempo el que cure tu EDADISMO” a través de mensajes claros, siguiendo el “Hazlo Fácil” del EAST. Esta intervención evita el sesgo del presente y puede servir de anclaje para el médico y evitar situaciones de edadismo en consulta (Figura 2).

Figura 2. Iniciativa A1



INICIATIVA A2.- Recurrir al humor. Responder al edadismo verbal en consulta, por ejemplo, utilizando el nombre de pila en diminutivo del médico, o respondiendo con un “Gracias, pero usted no es mi nieto” (Figuras 3 y 4); incluso al humor ácido que levante conciencias asociando la discriminación por edad a una condena o a la obsolescencia programada de electrodomésticos y móviles (Figuras 5 y 6).

Figura 3. Iniciativa A2a

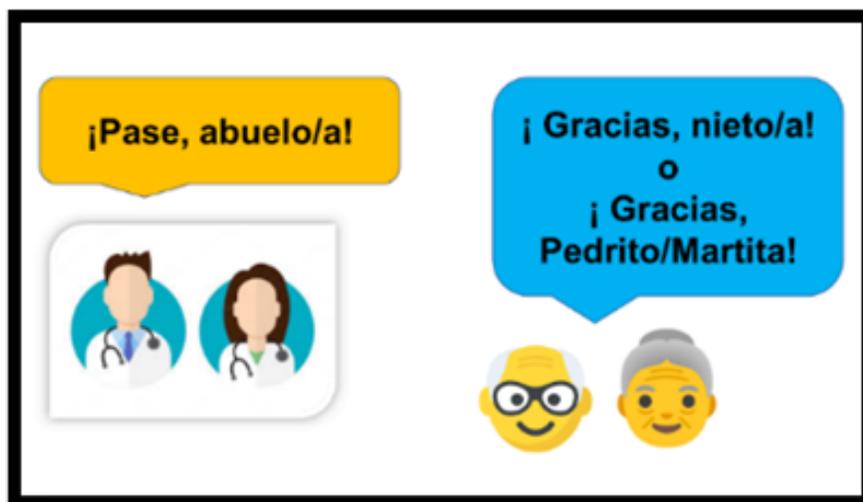


Figura 4. Iniciativa A2b

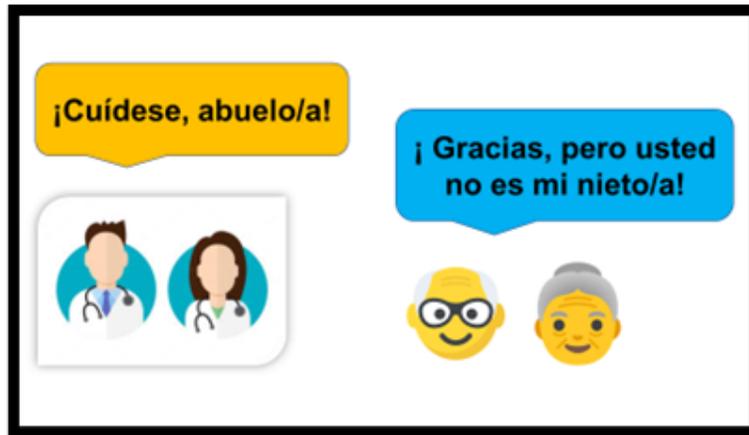


Figura 5. Iniciativa A2c

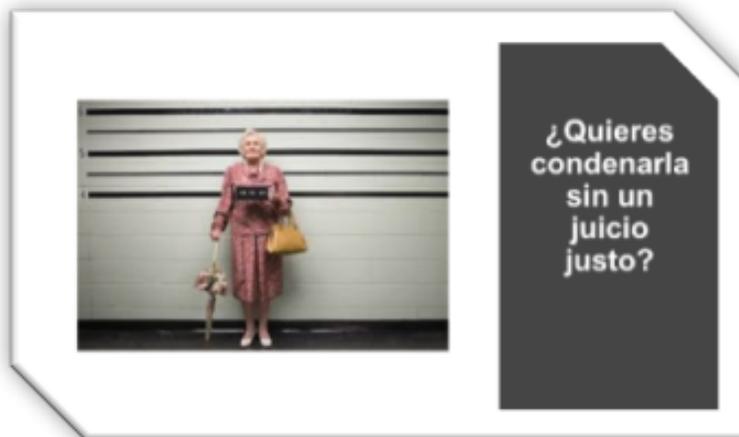


Figura 6. Iniciativa A2d



INICIATIVA A3.- Recurrir al refranero castellano. Hay refranes que ponen en valor la experiencia de vida de las personas mayores. Por ejemplo, “Sabe más el diablo por viejo que por diablo”. Esta intervención podría insertarse en revistas o periódicos como un jeroglífico (Figura 7).

Figura 7. Iniciativa A3



INICIATIVA A4.- *Nudge* para desmontar el estereotipo de que las PM65 son una carga social. Mensaje claro. Se utilizó el heurístico de disponibilidad para romper el sesgo del presente y el estereotipo de que son improductivos. Dentro del colectivo de las PM65 hay profesores que siguen dando clase, investigadores dirigiendo a sus equipos, magistrados, personas que ayudan a colectivos más desfavorecidos, y que dirigen y gestionan comedores sociales (Figura 8).

Figura 8. Iniciativa A4



INICIATIVA A5.- *Nudge* para mitigar el estereotipo de que los mayores son inactivos y no pueden hacer muchas cosas. Mensaje claro. Se utilizó el heurístico de disponibilidad para romper con el sesgo del presente y el estereotipo de que están inactivos y no pueden hacer muchas cosas. Dentro del colectivo de las PM65, muchas personas afrontan la vida con optimismo, se plantean retos nuevos, son usuarios de las redes sociales, dominan internet, acuden a conferencias y hacen ejercicio físico regularmente (Figura 9).

Figura 9. Iniciativa A5



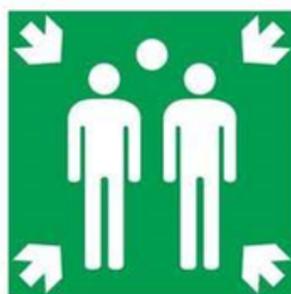
INICIATIVA A6.- Cambio de imagen de los mayores comparándolos con monumentos, archivos históricos, museos..., elementos grandiosos. Las personas mayores son una estupenda fuente de información por su experiencia de vida, una opción sería comparar a los mayores con el Archivo Histórico Nacional, por ser almacenes de información personal, familiar, cultural e histórica (Figura 10).

Figura 10. Iniciativa A6



INICIATIVA A7.- *Nudge*. Indicar en el suelo de la entrada de la consulta un punto de encuentro para saludar y despedir al paciente. Este *nudge* pretendió empujar a los médicos a recibir a los pacientes junto a la puerta. Se basa en *nudges* ya aplicados en políticas públicas como, por ejemplo, en pandemia, las señalizaciones de dónde acceder al metro o dónde esperar a que llegue, o cómo distribuirse en el vagón (Figura 11).

Figura 11. Iniciativa A7



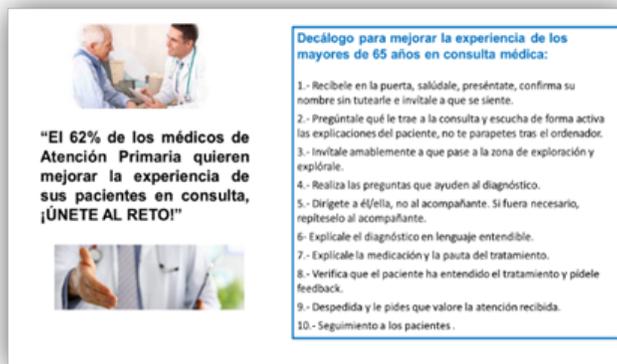
INICIATIVA A8.- Activar el SISTEMA 2. Con frases como "El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad", o "Ser un buen profesional de la salud no consiste únicamente en la aplicación de competencias científicas y técnicas, sino también de competencias interpersonales" en carteles en los centros de salud (Figura 12).

Figura 12. Iniciativa A8



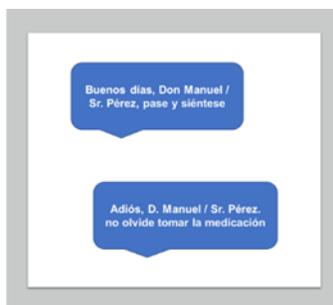
INICIATIVA A9.- Normas sociales. Apelar a las normas sociales que señalan comportamientos considerados apropiados por ser expectativas de comportamiento o reglas sociales dentro de un colectivo como el de los médicos. Se preparó un *flyer* para enviar a los médicos por correo electrónico (Figura 13).

Figura 13. Iniciativa A9



INICIATIVA A10.- Personalización del trato al paciente. Los pacientes acuden a las consultas de AP con una cita previa. El médico debe disponer de la lista de pacientes citados. La intervención consiste en que los médicos llamen a sus pacientes por su nombre y sin tutearlos en señal de respeto (Figura 14).

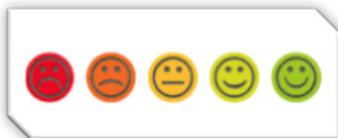
Figura 14. Iniciativa A10



INICIATIVA A11.- Ampliación de los hitos en consulta médica incluyendo: *Feedback*, Valoración y Seguimiento del paciente para mejorar su experiencia en consulta.

a) *Feedback* del paciente. El médico se interesa por saber si el paciente ha comprendido la dolencia, sus posibles causas y el tratamiento.

Figura 15. Iniciativa A11a



b) Valoración de la experiencia en consulta, mediante un semáforo de 5 caras tras la consulta. (Figura 15). Se complementaría con una apelación al prestigio social de los médicos, publicando en el tablón de anuncios del centro de salud la fotografía y el nombre del médico mejor valorado cada mes (Figura 16).

Figura 16. Iniciativa A11b



c) Seguimiento, fase en la que el médico se interesa por la evolución del paciente y su patología, y podría hacerse a través de una llamada telefónica, envío de un SMS o disponiendo de una App de seguimiento del paciente (Figura 17).

Figura 17. Iniciativa A11c



INICIATIVA A12.- Dinámica vivencial. Taller “Ser anciano durante 20 minutos”. Hacer que los médicos sientan lo que es tener 80 años al colocarles pesas en las extremidades y en los hombros y que durante 20 minutos caminen por el centro de salud, suban y bajen escaleras. La experiencia les ayudaría a ser conscientes de la realidad de algunas PM65 y tratarles con mayor empatía (Figura 18).

Figura 18. Iniciativa A12



INICIATIVA A13.- *Boosting*. Mensaje claro. Utilizar carteles con información real y contrastada sobre la productividad de las PM65 (Figura 19).

Figura 19. Iniciativa A13



INICIATIVA A14.- Personalización, normas sociales y principio de compromiso. Se redactó una carta personalizada informando a los médicos de los resultados de los estudios sobre edadismo en salud para que tomaran conciencia, rompieran sus estereotipos y evitaran comportamientos discriminatorios en consulta (Figura 20).

Figura 20. Iniciativa 14

Dr. D. Antonio Pérez

Estimado Antonio,

Soy Juan García, médico jubilado y miembro de la UDP de España. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España -UDP.

Me pongo en contacto contigo para transmitirte la preocupación en la UDP por los resultados del informe sobre edadismo 2019 que te adjunto a este correo. Resulta que la más frecuente y única situación de discriminación por edad cuya incidencia supera al 20 % de la población mayor de 65 años alcanza el 25,3%, se produce en el ámbito de los servicios sanitarios, en concreto, cuando un médico/a o enfermero/a justifican sus dolencias (o malestar) como cosas de su edad. También se les limita el desvío a médicos especialistas y se les niegan tratamientos médicos de alto coste sin tener en cuenta sus condiciones físicas. Pero lo que más impacto emocional negativo tiene en ellos es cuando se dirigen a ellos como si fueran niños o sordos y cuando se dirigen al acompañante en vez de a ellos durante la consulta.

Necesitamos tu ayuda para reducir el edadismo en la consulta médica, el 62% de los médicos de atención primaria ya están comprometidos con la causa.

¡Únete a nuestro reto!, queremos llegar al 90% al final de 2021. Este es el link para que aceptes el compromiso ([contrael edadismo](#)).

Muchas gracias y un abrazo

Juan García Escudo
UDP Madrid



INICIATIVA A15.- *Boosting*. Formación a los médicos en habilidades comunicativas e inteligencia emocional. La experiencia del paciente mejoraría a través de la empatía y una comunicación efectiva por parte del médico, que ejerce efectos terapéuticos, reduce la ansiedad y facilita que dicha experiencia sea positiva.

INICIATIVA A16a y A16b.- *Boosting*. Formación a los médicos sobre comportamientos no verbales que ayudan a establecer confianza en el paciente. Entre otros, un breve toque en el codo por parte del médico mientras despierta al paciente y le recuerda tomar la medicación mejora la adhesión al tratamiento (Figuras 21 y 22).

Figura 21. Iniciativa A16a

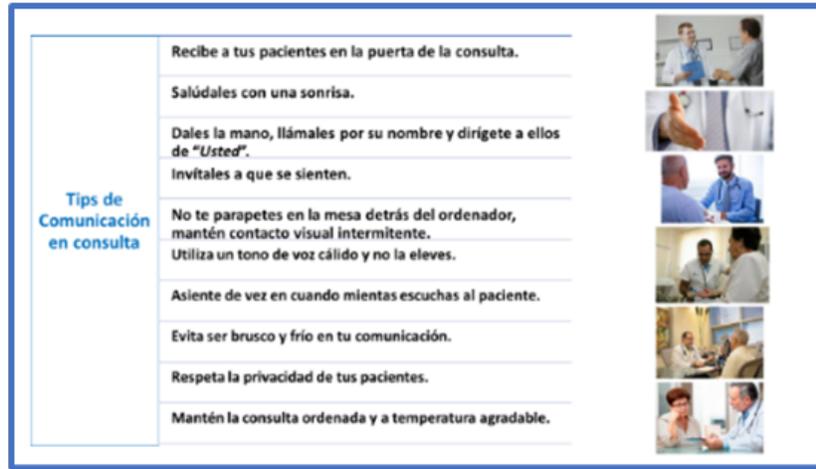


Tips de Comunicación en consulta

- Recibe a tus pacientes en la puerta de la consulta.
- Salúdales con una sonrisa.
- Dale la mano, llámales por su nombre y dirígete a ellos de "Usted".
- Invítalos a que se sienten.
- No te parapetes en la mesa detrás del ordenador, mantén contacto visual intermitente.
- Utiliza un tono de voz cálido y no la elevés
- Asiente de vez en cuando mientras escuchas al paciente.
- Evita ser brusco y frío en tu comunicación.
- Respeta la privacidad de tus pacientes.
- Mantén la consulta ordenada y a temperatura agradable.

Icons: Two people shaking hands, a smiling face, a head with sound waves, and two people talking.

Figura 22. Iniciativa A16b



C. Filtrado de las iniciativas: Matriz de Impacto y Esfuerzo

Se elaboró una MIE de las iniciativas diseñadas para filtrarlas en función del esfuerzo que requieren y el impacto que se espera provoquen (Figura 23). Esto permitió seleccionar qué iniciativas testar y priorizarlas en beneficio del objetivo para el que fueron diseñadas. Las iniciativas finalistas para testar son todas las incluidas en el cuadrante 1 de la MIE y que corresponden a aquellas que requieren poco esfuerzo y tienen alto impacto a un coste muy pequeño (A1, A4, A5, A7, A8, A9, A13, A14, A16a y A16b).

Figura 23. Matriz de Impacto y Esfuerzo

	ESFUERZO BAJO	ESFUERZO ALTO
IMPACTO ALTO	NIVEL DE PRIORIZACIÓN 1 A1 - A8 - A9 - A13 A16a - A16b A4 - A5 - A7 A14	NIVEL DE PRIORIZACIÓN 3 A10 A12 A15
IMPACTO BAJO	NIVEL DE PRIORIZACIÓN 2 A2 - A3 - A6	NIVEL DE PRIORIZACIÓN 4

D. A/B Testing

Tras filtrar las iniciativas diseñadas desde la perspectiva de la EC, el siguiente paso fue realizar un A/B Testing de las iniciativas finalistas.

La iniciativa 11 no se testó, sino que se incluyó en el Protocolo de consulta médica según BE ("Patient Journey Map" desde la perspectiva de la EC) por ser esencial para mejorar la experiencia de las PM65 en consulta, según las entrevistas realizadas en la fase de diagnóstico a través de las encuestas abiertas.

1) Planteamiento del A/B Testing de las PM65 entrevistadas

Se elaboró un formulario Google con una encuesta para enviar a médicos de AP para conocer si las propuestas finalistas, según el criterio de médicos de AP, podían ser palancas para reducir el edadismo en consulta (ANEXO 3). La muestra de médicos de AP estuvo formada por 4 hombres y 5 mujeres, todos ellos con más de 5 años de experiencia profesional en AP; en concreto, 3 de los 9 tenían entre 5 y 15 años, y 6 de los 9, más de 15 años de experiencia profesional.

También se elaboró un formulario Google para testar las modificaciones en los hitos de la consulta médica a las diez PM65

que participaron en las entrevistas telefónicas (ANEXO 4).

2) Resultados del A/B TESTING de los médicos

En la Tabla 3 se muestran las valoraciones de las iniciativas por los médicos de AP.

Tabla 3. Valoración de las iniciativas A por los médicos de AT

Posición	Valoración	Iniciativas
1.	4,89/5	Justificar dolencias como cosas de la edad.
2.	4,22/5	Falta de exhaustividad en revisiones y diagnósticos.
3.	4,00/5	Tener limitado el desvío a médicos especialistas.
4.	4,00/5	Denegarles tratamientos médicos de alto coste sin tener en cuenta sus condiciones físicas.
5.	3,67/5	Discriminación en las intervenciones quirúrgicas.
6.	3,11/5	Exclusión de las campañas preventivas (tabaquismo o prevención del cáncer de mama).
7.	3,11/5	Dirigirse a ellos como si fueran niños, empleando diminutivos y tono infantil.
8.	2,78/5	Dirigirse a ellos hablando demasiado alto, como si fueran sordos.
9.	2,67/5	Dirigirse a ellos con palabras estereotipadas como “abuelo/a” o “viejo/a”.
10.	2,22/5	Dirigirse al acompañante en vez de a ellos durante la consulta.

El 100% de los médicos eligieron el protocolo de consulta médica en AP, diseñado con herramientas y metodología de la EC (INICIATIVA B).

3) Resultados del A/B TESTING de las PM65 encuestadas

El resultado fue unánime, todas las PM65 encuestadas coincidieron en que el protocolo diseñado utilizando conocimientos de la EC podía ofrecer mejor experiencia al paciente.

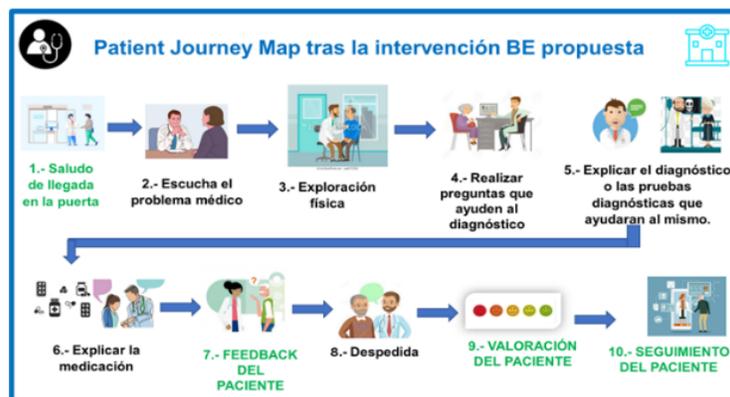
Por tanto, ambos colectivos, médicos y PM65 eligieron de forma unánime el Protocolo de Consulta elaborado desde la EC.

E. Evaluación del resultado

Los *nudges*, la personalización, el mensaje claro, las normas sociales y el principio de compromiso son los instrumentos de la EC que fueron mejor valorados por los médicos encuestados. Las iniciativas mejor evaluadas fueron: A1, A4, A5, A9 y A14 (ver Figuras 2, 8, 9, 13 y 20).

El Protocolo de consulta médica siguiendo los conocimientos de la EC fue evaluado positivamente por médicos y PM65 (Figura 24. Iniciativa B).

Figura 24. “Patient Journey Map” tras la intervención desde la EC



La forma de mejorar la experiencia del paciente en consulta médica se encuentra en la Figura 25.

Figura 25. Cómo mejorar la experiencia del Paciente en consulta médica



V. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La conclusión del presente estudio piloto es que las metodologías y herramientas de la EC con base psicológica y conductual pueden aplicarse en el ámbito de la Salud para ayudar a que los médicos tomen mejores decisiones a la hora de atender a PM65 en consulta. El efecto de las intervenciones redundaría en una mejor Sanidad Pública gracias a que son intervenciones costo-eficientes.

Los *nudges*, la personalización, el mensaje claro y sencillo, las normas sociales y el principio de compromiso han sido las palancas más potentes para los médicos encuestados, que valoran mejor las intervenciones que los contienen.

Como futura línea de investigación sobre el edadismo hacia PM65, se sugiere ampliar la muestra de médicos de AP para testar a gran escala las iniciativas propuestas en este estudio piloto.

VII. REFERENCIAS

- Agredo, C. L. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095005>
- Araújo, P. O. D., Soares, I. M. S. C., Vale, P. R. L. F. D., Sousa, A. R. D., Aparicio, E. C., & Carvalho, E. S. D. S. (2023). Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.4020>
- Balea Fernández, F. J., & Alonso Ramírez, J. (2020). Biomarcadores en la demencia tipo Alzheimer: sistema sanitario y edadismo. INFAD. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10553/105932>
- Barómetro UDP (2019). Informe sobre Edadismo. El Informe Mayores UDP - Barómetro UDP. Recuperado de: https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2019/09/19100-19038-UDP-BM-INF-5-JUN_Edadismo-1.pdf
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38. Recuperado de: <https://www.jabfm.org/content/jabfp/15/1/25.full.pdf>
- Bustillos, A., Fernández-Ballesteros, R., & Huici, C. (2012). Efectos de la activación de etiquetas referidas a la vejez. *Psicothema*, 24(3), 352-357. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72723439002.pdf>
- Butler, R. N. (2009). Combating ageism. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 211-211. <https://doi.org/10.1017/S104161020800731X>
- Canto, J. G., Shlipak, M. G., Rogers, W. J., Malmgren, J. A., Frederick, P. D., Lambrew, C. T., ... & Kiefe, C. I. (2000). Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *Jama*, 283(24), 3223-3229. <https://doi.org/10.1001/jama.283.24.3223>
- Cesteros, A. M. (1999). Comunicación no verbal y enseñanza de lenguas extranjeras. Madrid: Arcos/Libros.
- de Parga, S. G. J., Casanovas, A. G., Sans, J. G., Macua, J. A., Sala, A. G., & Pernas, F. O. (2023). Valoración de usuarios y profesionales sanitarios sobre la teleconsulta en Atención Primaria: estudio transversal. *Atención Primaria*, 55(7), 102642. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102642>
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Fernández Ballesteros, R., Olmos Albacete, R., Santacreu Ivars, M., Bustillos López, A., Schettini del Moral, R., Huici Casal, C., & Rivera Casado, J. M. (2017). Assessing aging stereotypes: Personal stereotypes, self-stereotypes, and self-perception of aging. *Psicothema*. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.314>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Díez-Nicolás, J., López-Bravo, M. D., Molina, M. Á., & Schettini, R. (2011). Productivity in old age. *Research on aging*, 33(2), 205-226. <https://doi.org/10.1177/0164027510395398>
- Fernández-Ortega, P., & Díez de los Ríos de la Serna, C. (2023). Componentes del edadismo o ageismo en la atención al paciente oncológico: una reflexión necesaria. *Enfermería Clínica*, 33(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.12.001>
- García Arteagoitia, S (2019). El éxito y el potencial del nudges en las políticas públicas. *Revista Vasca de Gestión de Personas y Organizaciones Públicas*, (3), 140-155. Recuperado de: https://www.ivap.euskadi.eus/contenidos/informacion/rvqp_u_timo_numero/es_def/Garc%C3%ADa%20140_155.pdf
- Giosyst3m (2020). Matriz de Impacto y Esfuerzo, técnica excelente para priorizar. Recuperado de: <https://giosyst3m.net/matriz-de-impacto-y-esfuerzo-tecnica-excelente-para-priorizar/>
- Gómez, M. A. H., Sánchez, N. J. S., & Domínguez, M. J. F. (2022). Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores. *Atención Primaria*, 54(6), 102320. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102320>
- Grüne-Yanoff, T., & Hertwig, R. (2016). Nudge versus boost: How coherent are policy and theory? *Minds and Machines*, 26(1), 149-183. Recuperado de: https://pure.mpg.de/rest/items/item_2282712/component/file_2289952/content
- Gueguen, N., Meineri, S., y Charles-Sire, V. (2010). Improving medication adherence by using practitioner nonverbal techniques: a field experiment on the effect of touch. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(6), 466-473. <https://doi.org/10.1007/s10865-010-9277-5>
- HelpAge International España (2020). La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos. Recuperado de: <https://www.helpage.org/spain/noticias/documento-de-helpage-espaa-sobre-la-discriminacin-por-razn-de-edad-en-espaa/>
- HelpAge International España (2023). La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud Recuperado de: https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2023/10/OT-133651-INFORME-ACCESO-SALUD-2023_FINAL-1.pdf
- Iglesias-Gómez, R., Álvarez-Estévez, L., González-Rodríguez, C., Amaro-Vázquez, N., Rodríguez-Pastoriza, S., Sánchez, N. J. S., & Hernández-Gómez, M. A. (2022). Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP. *Cuadernos de Atención Primaria*. Recuperado de: <https://journal.aqamfec.com/index.php/cadernos/article/view/63>
- INE (2014). Proyección de la Población de España 2014–2064. Recuperado de: <https://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- Inouye, S. K. (2021). Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves. *Nature Aging*, 1(2), 150-152. <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>
- Instituto Experiencia Paciente (2018). ¿Qué es la experiencia del paciente en realidad? Recuperado de: <https://iexp.es/insights/que-es-la-experiencia-del-paciente-en-realidad/>
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Debolsillo. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, SAU.

Fecha de envío: 12/09/2024

Fecha de aceptación: 02/11/2024

- Learman, L. A., Avorn, J., Everitt, D. E., & Rosenthal, R. (1990). Pygmalion in the nursing home: The effects of caregiver expectations on patient outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(7), 797-803. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb01472.x>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2012). Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *Jama*, 308(19), 1972-1973. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>
- Limpawattana, P., Phungoen, P., Mitsungnern, T., Laosuangkoon, W., & Tansangwon, N. (2016). Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.08.016>
- Manual EAST (2014). Cuatro maneras simples de aplicar las ciencias del comportamiento. The Behavioural Insights Team.
- Molinuevo, B. (2017): La comunicación no verbal en la relación médico-paciente. Barcelona: Editorial UOC.
- Ng, R., Allore, H.G., Trentalange, M., Monin, J.K, y Levy BR (2015). Increasing Negativity of Age Stereotypes across 200 Years: Evidence from a Database of 400 Million Words. *PLoS ONE*, 10(2): e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.01170>
- OECD (2019). Tools and Ethics for Applied Behavioral Insights: Tools and Ethics for Applied Behavioural Insights: The BASIC Toolkit. The BASIC Manual. OECD Publishing, Paris. Recuperado de: https://read.oecd-ilibrary.org/governance/tools-and-ethics-for-applied-behavioural-insights-the-basic-toolkit_0507cec0-en#page3
- OMS (2015). Informe Mundial Sobre El Envejecimiento Y La Salud. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/OMS%282015%29InformeMundialSobreEnvejecimientoSalud.pdf>
- Peña, L. (2012). La naturaleza dual del proceso diagnóstico y su vulnerabilidad a los sesgos cognitivos. *Revista médica de Chile*, 140(6), 806-810. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000600017&script=sci_arttext&tlnq=n
- Pontón, Y. D., Narváez, V. P. D., Andrade, B. M., Terán, J. J. L., Reyes-Reyes, A., & Calzadilla-Núñez, A. (2023). Working nurses' empathy with patients in public hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3968. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6591.3969>
- Ribera Casado, J. M., Bustillos, A., Guerra Vaquero, A. I., Huici Casal, C., & Fernández-Ballesteros, R. (2016). ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 270-275. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X16300051?via%3Dihub>
- Segovia, C. (2015). XX Jornadas de Humanización de la Salud 2015. Recuperado de: <https://proyectohuci.com/es/tag/carmen-segovia/>
- Sosa, B., AM, I. B., Mir, G., JA, S. L., GLÁ, L. G., & RM, J. S. (2023). Factors associated with the perception of discrimination: ageism and quality of life of the geriatric population from a bioethical approach. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Córdoba, Argentina)*, 80(3), 221-238. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n3.38107>
- Thaler, R. H. y Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. Yale University Press.
- VidaCaixa (2020). El envejecimiento de la población en España y sus consecuencias. Recuperado de: <https://www.tuproyectodevida.es/envejecimiento-poblacion-espana/>