

Estereotipos sobre el envejecimiento entre profesionales de salud en Chile: una exploración en tiempos de pandemia

Agnieszka Bozanic Leal

 <https://orcid.org/0000-0003-0177-9581>

Fundación GeroActivismo, Chile

a.Bozanic.leal@gmail.com

Francisca Ortiz Ruiz

 <https://orcid.org/0000-0001-8538-4688>

Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado - MICARE, Chile

franortizruiz@gmail.com

RESUMEN

En este artículo se evalúan los estereotipos explícitos negativos y positivos acerca del envejecimiento entre profesionales de la salud considerando la presencia del COVID-19. El contexto de desventajas estructurales para las personas mayores en el país, hacen de la pandemia un propulsor de la precarización de su situación, y por tanto relevante de estudiar. Esta investigación es de tipo descriptivo y transversal, con 378 encuestas contestadas en mayo de 2020. Se evaluó a 308 profesionales de la salud de Chile. Se utilizó la Escala de Imagen del envejecimiento (Levy et al., 2004), previa validación transcultural y evaluación de las propiedades métricas para este contexto, lo que generó la construcción de un índice. Los resultados muestran que los profesionales de la salud tienen una específica imagen del envejecimiento en la que destacan estereotipos positivos (capaz, activo, sabio, positivo, cuidado, centrado en la familia) por sobre los negativos (arrugado, camina despacio y enfermo). Se concluye que existen algunos indicadores de discriminación por edad entre los profesionales de la salud, según los atributos de



quienes respondieron. Así, se brinda información útil sobre la discriminación hacia personas mayores durante la pandemia en Chile.

Palabras clave: discriminación por edad, estereotipos, validación, envejecimiento, salud.

Aging stereotypes among health professionals in Chile: an exploration in pandemic times

ABSTRACT

This article evaluates the explicit negative and positive stereotypes about aging among health professionals considering the presence of COVID-19. The context of structural inequalities for older people made the pandemic a promoter of those precarizations, which is relevant to consider for further studies. This research is descriptive and cross-sectional, with 378 surveys answered in May 2020, 308 health professionals from Chile were evaluated. The Aging Image Scale (Levy et al., 2004) was used, after cross-cultural validation and evaluation of the metric properties for this context, which generated the construction of an index. The results show that health professionals have a specific image of aging, highlighting positive stereotypes (capable, active, wise, positive, caring, family-centered) over negative stereotypes (wrinkled, slow walking and sick). It is concluded that there are some indicators of age discrimination among health professionals, according to the attributes of those who responded. Thus, useful information is provided on discrimination against the ageing population in Chile.

Keywords: ageism, stereotypes, validation, ageing, health.

INTRODUCCIÓN

Lo problemático de algunas políticas para las personas mayores es que no siempre fueron priorizados según el contexto, y, de hecho —a pesar de ser los primeros en recibir las vacunas— existen varios otros aspectos en los que se les descuidó. Así «se elige privilegiar a los niños, jóvenes y adultos y dejar morir a los viejos, sin ningún tipo de cuidados, ni contención, sin siquiera permitirles despedirse de sus seres queridos, por miedo a ampliar la red de infectados» (Dabove, 2020, p. 5). Las personas mayores han sido las principales afectadas por el COVID-19, además de los más vulnerables y expuestos (Martínez-Martínez, Clemente Soler y Rodríguez Guillén, 2020), lo que se ve agravado en un contexto de pandemia en países de Latinoamérica con mayores niveles de pobreza y desigualdad (Alonso *et al.*, 2020; Angulo-Giraldo *et al.*, 2020; Undurraga, Chowell y Mizumoto, 2021). Además, los países de Sudamérica después de tener estrictas medidas en sus países, deben enfrentar crisis sociales y económicas, a la par de seguir controlando el avance del virus (Munayco *et al.*, 2020).

En el caso de Chile, hubo cinco medidas enfocadas en las personas mayores (en adelante PM): «la prohibición de visitas a los establecimientos de larga estadía, la suspensión del funcionamiento de los clubes territoriales de adultos mayores, la creación de una línea telefónica destinada a proporcionar apoyo emocional, el desarrollo de la plataforma «Cuenta conmigo» que ofrece modelos de trabajo voluntario para ayudar a PM y, añadida a estas medidas, el confinamiento de las personas de 75 años o más en sus hogares» (Acosta *et al.*, 2021, p. 97).

A pesar de ello, las PM fueron quienes tuvieron más contagios en comparación con otros estratos etarios, lo que podría estar relacionado con el hecho de que, aun así, tenían que salir de sus hogares por alimento y chequeos de salud, o algún corresidente tenía que seguir asistiendo al trabajo. Chile tiene de los más altos ratios de mortalidad, más específicamente entre aquellos mayores de setenta años (Undurraga, Chowell y Mizumoto, 2021). En aquellas circunstancias, las PM

despliegan distintas estrategias para sobrevivir y afrontar la crisis, pero dichas estrategias están delimitadas por la posición social, condición laboral, el género y la residencia del individuo (Osorio-Parraguez, Jorquera y Araya Tessini, 2021).

En este contexto, el «edadismo se ha convertido en un tema de investigación para los académicos y académicas del envejecimiento y la vejez alrededor del mundo. Robert Butler (1969) acuñó este término para referirse al proceso de discriminación sistemática por motivos de edad. Para nuestra región, la traducción correcta es «viejismo» (Salvarezza, 2002), el cual hace referencia a aquella conducta compleja que devalúa de forma consciente o inconsciente a las PM. Este tipo de discriminación es generalizada en todas las poblaciones. Recientemente, un estudio de la OMS (2021) indicó que una de cada dos personas en todo el mundo son PM, lo que se observa mayoritariamente en los países de ingresos bajos y medianos.

El viejoismo se compone de estereotipos, prejuicios y acciones discriminatorias que menoscaban la calidad de vida de este grupo etario (Butler, 1980). En ese sentido, el campo de los estereotipos se ha convertido en un área aplicada de suma importancia, en gran medida, porque los estereotipos funcionan como esquemas que influyen de forma negativa o positiva sobre las acciones, el desempeño, las decisiones, las actitudes y, en consecuencia, la salud integral de las PM (Dionigi, 2015).

Los estereotipos sobre el envejecimiento son creencias que incluyen suposiciones y generalizaciones sobre cómo deben comportarse las personas de cierta edad, sin tener en cuenta las diferencias individuales que propician la heterogeneidad (Ory *et al.*, 2003). Estas creencias son principalmente negativas y se asocian a salud deficiente, soledad, dependencia y mal funcionamiento físico y mental (Levy y Langer, 1994). Sin embargo, también pueden ser positivas cuando el proceso de envejecimiento se relaciona con la sabiduría, «años dorados», entre otros (Kornadt y Rothermund, 2011). Estudios experimentales han demostrado que los estereotipos negativos de edad implícitos y explícitos tienen efectos casi tres veces más perjudiciales en el desempeño en tareas físicas y mentales de PM en comparación con los estereotipos positivos (Meisner, 2012).

Múltiples investigaciones han señalado la existencia de «viejismo sanitario», entendiéndose como aquellas políticas, prácticas o procedimientos —explícitos o implícitos— de las instituciones sanitarias, que discriminan a las PM y que incluyen los estereotipos, prejuicios y acciones basadas en la edad de las personas que forman parte de estos establecimientos (Chang *et al.*, 2020; Wyman, Shio-vitz-Ezra y Bengel, 2018). Los profesionales de la salud presentan estereotipos

positivos y negativos, que pueden tener efectos limitantes sobre las acciones, el desempeño, las decisiones, las actitudes y, en consecuencia, la salud integral de una persona mayor (Dionigi, 2015). Variables como el género, la edad, las experiencias previas, las creencias culturales o el nivel educativo son factores decisivos en el vejeismo sanitario (Liu, Norman, y While, 2015).

Este tipo de discriminación se ha visto exacerbada en el contexto actual de crisis sanitaria debido al COVID-19. Diversos organismos internacionales señalan que las PM se mantienen en una situación de mayor desventaja (HelpAge, 2020b; OECD, 2020), lo que se intensifica en países latinoamericanos, que han sufrido el mayor impacto de esta pandemia (Naciones Unidas, 2020; HelpAge, 2020b).

Tal como identifica HelpAge (2020a), «en la mayoría de los países de ingreso bajo y mediano bajo, la pobreza aumenta al llegar a la tercera edad, lo cual deja a las personas mayores no solo muy vulnerables al virus, sino también con escasos recursos para protegerse». A pesar de la gran diversidad de vejeces experimentadas en los países latinoamericanos, un factor común que se ha mantenido es la mayor precarización de su situación ya desventajosa con respecto a otros grupos de la sociedad (Cepal, 2020). De hecho, así lo indican varios informes de organizaciones internacionales que han hecho el llamado a las distintas autoridades a tener un mayor resguardo con este sector de la población (Cepal, 2020; Naciones Unidas, 2020; HelpAge, 2020b, 2021).

En específico, se han identificado al menos tres razones por las cuales las PM se encuentran en una situación de desventaja:

1) Sufren proporcionalmente mayores consecuencias graves con el virus con una tasa de letalidad es mayor (HelpAge, 2020). La evidencia ha demostrado que más del 40% de las muertes relacionadas con el COVID-19 se han relacionado con establecimientos de atención a largo plazo, con cifras que llegan al 80% en estos establecimientos en algunos países de ingresos altos (OMS, 2020).

2) Limitan su acceso a la atención médica, la cual es vital para esta población (HelpAge, 2020). Diversos documentos informan de prácticas discriminatorias en el acceso a los servicios de salud y otros recursos críticos en varios países, como ventiladores o el acceso a unidades de cuidados intensivos, especialmente entre las PM que viven en centros de atención a largo plazo (Suárez-González, Matías-Guiu, Comas-Herrera, 2020; Council of Europe, 2020).

3) Discriminación mediática. Los medios de comunicación alrededor del mundo han ejercido violencia simbólica en contra de las PM, que son retratadas como un grupo homogéneo, vulnerable y frágil (Le Couteur, Anderson, Newman, 2020), dando paso a una narrativa viejista en torno a las personas jóvenes y

mayores, lo que implica el riesgo de potenciar la lucha intergeneracional (OMS, 2021). En Chile, la situación es similar: los medios de comunicación han actuado como agentes perpetuadores del viejismo (Bozanic, 2020).

En América Latina, el primer caso de COVID-19 confirmado oficialmente tuvo lugar en Brasil el 26 de febrero de 2020. Para Chile, esto fue un poco más tardío: el primer caso oficial fue declarado el 3 de marzo del mismo año. En términos generales, se estipulan tres etapas: inicio de la pandemia (marzo de 2020); luego la primera gran ola —que fue a mediados de 2020, en invierno principalmente— y por último, la segunda gran ola, en el primer semestre de 2021. A mediados de marzo de 2020, el gobierno chileno comenzó a tomar medidas sanitarias, entre ellas modificaciones en salud (realización de exámenes y comienzo del programa de vacunación nacional), educación (sin asistencia presencial y su paso a ser *online*), control parcial de las fronteras (según el país de procedencia), toque de queda, restricciones de viajes entre comunas y regiones, prohibición de eventos masivos, entre otros tipos de medidas más específicas. Se dio prioridad al acceso a las vacunas y exámenes a las PM del país, pero ese fue el único aspecto en el que hubo una priorización explícita.

Con respecto a los instrumentos para la pesquisa de viejismo, existen numerosos cuestionarios de autoinforme para medir los estereotipos relacionados con el envejecimiento, la vejez y la edad; sin embargo, solo uno de ellos evalúa su dimensión positiva y negativa (Levy *et al.*, 2004). Por otro lado, se han realizado solo tres traducciones al español de instrumentos válidos (Villar y Triadó, 2000; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2017; Blanca, Sánchez y Trianes, 2005; De Miguel y Castellano, 2010), pero su comportamiento no se ha observado en la región latinoamericana.

En este contexto, y ante la ausencia de investigaciones en Chile, es importante estudiar las creencias que los profesionales de la salud tienen con respecto al envejecimiento debido principalmente a dos razones: (i) las PM son de los usuarios más habituales del sistema de atención médica (Wyman, Shiovitz-Ezra y Bengel, 2018), y (ii) tal como se explicó párrafos atrás, durante la pandemia las PM se han visto enfrentadas a una mayor concentración y profundización de las desventajas, en comparación con otras edades.

Así, el propósito de este estudio fue explorar los estereotipos explícitos acerca del envejecimiento entre profesionales de la salud chilenos, además de realizar una validación independiente y transcultural de cuatro pasos de la versión chilena de la Escala de Imagen del Envejecimiento creada por Levy *et al.* (2004), determinar su validez y confiabilidad y examinar las propiedades psicométricas

de esta versión entre una muestra de profesionales de la salud chilenos en un contexto de enfermedad infecciosa.

METODOLOGÍA

Este estudio posee un enfoque de análisis cuantitativo. Es un estudio no experimental, descriptivo, comparativo y transversal. La técnica de muestreo es no probabilística intencional. El estudio adoptó un método de muestreo conveniente y reclutó participantes entre profesionales de la salud en Chile durante el mes de mayo de 2020. Los criterios de inclusión fueron ser profesionales de la salud de cualquier género en Chile (continental, insular, antártico), sin límite de edad y sin distinción del sector en que trabajaran (público o privado). Por otra parte, los criterios de exclusión fueron ser profesionales de la salud que no ejercieran su profesión, tener otra nacionalidad distinta de la chilena, residir en otro país que no fuera Chile y no completar la encuesta en su totalidad.

El cuestionario constaba de siete preguntas dirigidas a determinar las características sociodemográficas y ocupacionales de los participantes, con una duración de siete minutos. Las preguntas sobre las características sociodemográficas incluyeron la edad, el sexo y la ciudad en la que trabajaban. Las características ocupacionales incluyeron profesión, tiempo de ejercicio, sector donde trabajaban en la actualidad y formación en geriatría y gerontología.

Además de ello, se incorporó la escala «imagen de envejecimiento» (IAS), la cual fue creada por Becca Levy *et al.* (2004) para evaluar los estereotipos de edad explícitos negativos y positivos. La escala original consta de dieciocho ítems bipolares (nueve ítems positivos y nueve negativos) que miden las creencias sobre el envejecimiento y evalúan los componentes cognitivos de la discriminación por edad. El coeficiente α de Cronbach de IAS es .084 para los estereotipos de edad positivos y .82 para los negativos en la escala original. Los puntajes de subescala más altos indican una visión más estereotipada —ya sea positiva o negativa— del envejecimiento.

La encuesta fue aplicada de forma *online*, a través de la aplicación SurveyMokey. Se difundió a través de los medios de comunicación de la Fundación GeroActivismo, específicamente a través de las redes sociales. La encuesta no pretende ser representativa de lo que sucedió en el país, lo cual convierte estos resultados en exploratorios, dado que son un primer acercamiento y aplicación a este tipo de cuestionarios en Chile. Todas las respuestas fueron anónimas y los IP de cada computador fueron eliminados después de la aplicación. Este estudio se

realizó bajo la Declaración de Helsinki (2013). Se pueden encontrar más detalles sobre los aspectos específicos de la investigación en el repositorio de GitHub. Al igual que la versión original, los participantes recibieron las siguientes instrucciones: «Nos interesa saber, cuando piensas en PM en general (sin incluirte a ti mismo), en qué medida las siguientes palabras coinciden con las imágenes que tienes. No hay respuestas correctas o incorrectas». Se usó una encuesta de una duración menor de siete minutos. Se incluyó el consentimiento de quienes respondieron la encuesta. El instrumento fue aplicado durante mayo del año 2020. Se usaron tanto preguntas cerradas como abiertas, que se encuentran en el anexo 1. Además de ello, se dio la posibilidad a los encuestados de dejar sus impresiones sobre la encuesta al final, de lo cual se obtuvieron 48 respuestas. Luego de los resultados de la validación del instrumento, se presentan los resultados a partir del análisis de datos realizado, del tipo descriptivo uni- y bi-variado.

El instrumento constó de cuatro etapas de validación

a. Validación previa a la aplicación de la encuesta: pretest y traducción

La versión chilena del IAS (IAS-Ch) se obtuvo a través de un proceso que incluye traducción «hacia adelante» y «hacia atrás», en el cual estuvieron involucradas cinco personas diferentes, con formación en ciencias sociales y salud (Jones *et al.*, 2001). De esta forma se corrigieron posibles errores ortográficos y de comprensión del instrumento. La consulta fue realizada a personas extranjeras que vivieron en Chile, con el fin de corroborar que fuera acorde con las palabras usualmente usadas en este contexto. El pretest de la encuesta se realizó entre el 11 y el 12 de marzo de 2020, con el fin de modificar posibles errores de tipografía y comprensión de las preguntas, y en total se obtuvieron veintitrés respuestas. Su implementación ayudó a la incorporación de modificaciones en la encuesta, tales como clarificación de preguntas realizadas, categorización de las profesiones de los trabajadores en salud e implementación de preguntas más acotadas sobre la situación particular de cada trabajador al momento de responder la encuesta.

b. Validación por expertos

Luego de haber obtenido toda la respuesta de la encuesta, entre el 8 y el 26 de junio de 2020 se hizo un primer análisis de los hallazgos. A modo de ejemplo, se siguieron procedimientos similares a otros estudios previos que utilizaban esta forma de validación por expertos en otros instrumentos (Letelier *et al.*, 2010; García López y Cabero Almenara, 2011; Dorantes-Nova *et al.*, 2016; Zarco Villavicencio, 2017). Las personas consultadas fueron diez, todos provenientes

del ámbito de salud: médicos de distintas especialidades —y sobre todo ligadas a la geriatría— y diez provenientes de las ciencias sociales con especialización fuera del estudio de adultos mayores, de tal forma de realizar una validación por expertos (Galicia, Balderrama y Navarro, 2007; Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008). Se consultó principalmente por dos aspectos: su opinión con respecto a la forma de medir el edadismo —específicamente mostrándoles la escala usada— y su visión con los resultados obtenidos desagregados por ítem de la escala. En general, se valoró la claridad de las preguntas y lo rápido que resultó responderlas. Varios compartieron los criterios explicados para dejar fuera un ítem y agregaron comentarios útiles para la discusión incorporada en este artículo, y se mencionó la opción en un futuro de medir el nivel de edadismo de otras formas con mayor porción y diversidad de la muestra. Para finalizar, las y los expertos consultados mencionaron que, de una u otra forma, el uso de esta herramienta es esencial para el futuro de la investigación en edadismo y las políticas públicas, destacando su utilidad para visibilizar un fenómeno que es escasamente identificable, como el edadismo. En cuanto a propuestas que podrían ser interesantes de incorporar en un futuro para investigaciones sobre edadismo, se mencionaron las siguientes: se podría evaluar el ítem autonomía y autovalencia de las PM, tierno(a), con dependencia física o emocional y sexualidad.

c. Validación de coherencia interna de ítems

La encuesta original posee dieciocho ítems que, a través de la construcción de un índice sumatorio, generan los resultados acerca de si alguien posee un imagen positiva o negativa de los adultos mayores.

Con el fin de revisar la coherencia interna de cada persona al responder los ítems, se agregaron dos más. Estos dos ítems eran absolutos, al contrario de dos ítems originales. En este caso, los ítems originales elegidos fueron: «activo» y «solo». A ello se agregó su contraposición respectiva: «pasivo» y «con amigos». A partir de ello, se logró visibilizar si las respuestas de las personas coincidían, o no, entre sus ítems opuestos.

Para lograr esto, los ítems sobre imagen negativa fueron convertidos tomaron valores entre -1 y -7; mientras que los ítems sobre imagen positiva tenían valores entre 1 y 7. Al sumar ambos ítems —opuestos entre sí—, la coherencia interna perfecta en la respuesta de una persona estaría entre el 2 y -2. Las otras respuestas serían un antecedente de cierta incoherencia en las respuestas. Si el valor de esta sumatoria resultaba entre 3 y 7, entonces esto significaba que el ítem de imagen negativa (por ejemplo «pasivo») fue más parecido a la representación que la

persona tiene sobre un adulto mayor, en comparación con el ítem de imagen positiva (en este caso «activo»). En caso que la sumatoria resultara entre -3 y -7, esto significaría que el ítem de imagen positiva («activo» o «con amigos») fue más parecido a la representación que tenía la persona encuestada a quien es un adulto mayor, en comparación con el ítem de imagen negativa («pasivo» o «solo»). Los resultados de este análisis, en el caso de los ítems opuestos «activo» y «pasivo» son que un 65% de las respuestas obtuvo una coherencia interna aceptada. Un 5,5% de las respuestas develó que «pasivo» resultó más parecido a la imagen de una persona mayor, en comparación con ser «activo», y el 29,5% restante de las respuestas señaló que la imagen de una persona mayor «activa» correspondía mejor con su representación, en comparación a la palabra «pasiva». La coherencia perfecta (valores entre 1 y -1) se dio para este par de ítems en un 46,1% de las respuestas.

Los resultados de este análisis en el caso de los ítems opuestos «con amigos» y «solo» indicaron que un 68,5% de las respuestas obtuvo una coherencia interna aceptada, mientras que un 17,9% de las respuestas develó que «solo» fue más parecido a la imagen de PM que poseen, en comparación con ser «con amigos». A la vez, el 13,6% restante de las respuestas señaló que la imagen de una persona mayor «con amigos» correspondía mejor con su representación, en comparación con la palabra «solo». La coherencia perfecta (valores entre 1 y -1) se dio para este par de ítems en un 53,9% de las respuestas. Estos resultados demuestran que, al menos la mitad de las personas que respondieron la encuesta, tuvieron una coherencia interna de sus respuestas de forma perfecta, en tanto que la mayoría de las respuestas también devela una coherencia interna aceptable.

d. Validación coherencia interna de la escala de imagen de envejecimiento

Este estudio aplicó el análisis de componentes principales (ACP) (Blighe y Lun, 2019) para evaluar las respuestas a los ítems que componen la Escala de la Imagen del Envejecimiento, y así proponer una forma de construcción del índice sumatorio simple (índice de estereotipación). Este análisis podría ser usado con propiedades inferenciales, pero no es algo que lo defina (Nadler, 2008).

Al aplicar este análisis, se decidió dejar fuera del índice el ítem «centrado en la familia» por tres razones. En primer lugar, en varias ocasiones en que se exploró el análisis por componentes principales, constantemente el ítem «centrado en la familia» poseía una carga factorial negativa y correlación altamente negativa (lo cual tampoco fue solucionable modificando su direccionalidad). En segundo lugar, al realizar el análisis que crea los factores, este ítem poseía una relación

negativa con ambas dimensiones (no se agrupaba claramente en una sola dimensión), generando un alpha de Cronbach menor, en contraste con los modelos que no lo incluían.

Por último, una razón más teórica, en tanto se reconoce que la interpretación positiva o negativa de este ítem puede ser variada y cuyo significado no es muy claro. El ítem «centrado en la familia» ha sido categorizado teóricamente como parte de la imagen negativa de las PM en la escala original. Eso se debe al hecho de considerar que las PM están centradas en la familia significa, en otras palabras, que se espera que sus círculos sociales sean más bien pocos y en torno al ambiente familiar. Hay que considerar que esta idea puede diferir en países latinoamericanos como Chile, donde una gran mayoría de los soportes a las personas en general provienen de la esfera familiar (Ortiz and González, 2017; González, 2018; González, Ortiz y Espinosa-Rada, 2018).

La correlación de Spearman entre los diecisiete ítems incorporados resultó bastante armónica, luego de la eliminación del análisis el ítem «centrado en la familia» (imagen 1):

Imagen 1. Correlación de Spearman entre diecisiete ítems

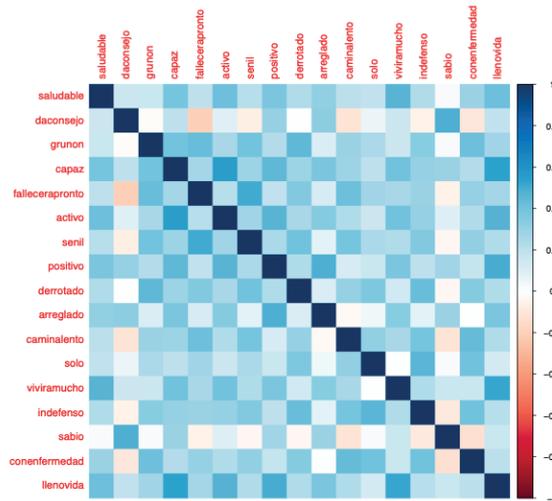
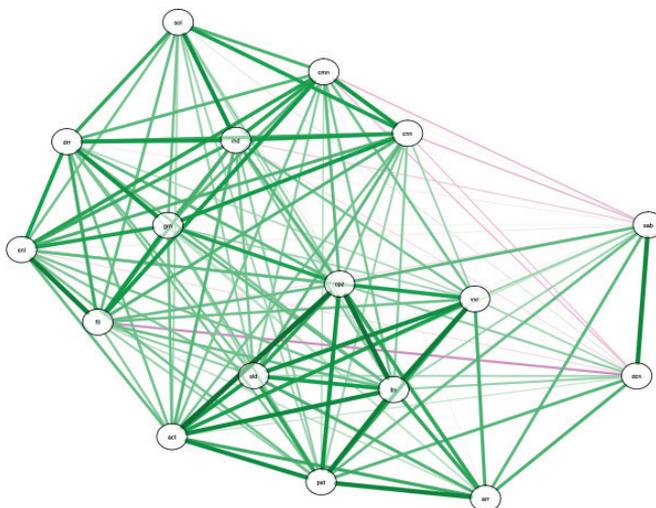


Imagen 2. Correlación de Spearman entre los diecisiete ítems (formato análisis de redes)



RESULTADOS

I. Índice de estereotipación

Utilizando el ACP, los resultados indican la existencia de dos componentes principales con los diecisiete ítems (tabla 1).

Así, para revisar cuántos factores serían los ideales, se aplicaron dos métodos (imagen 3): el método del Elbow y el análisis mediante *horn's parallel* (Horn, 1965; Buja y Eyuboglu, 1992; Blighe y Lun, 2019). Ambos métodos coincidieron en el uso de dos factores, tal como se puede ver en la imagen 3. Por tanto, se decidió dividir los ítems en dos factores o dimensiones de lo que después llamaremos el índice de estereotipación. Esto también se respaldó en la visualización del análisis de componentes principales, en el que la distribución en dos dimensiones era evidente (imagen 4).

Tabla 1. Análisis de componentes principales (n=281)

		RC1	RC2	h2	u2	com
1	Saludable	0,32	0,54	0,39	0,61	1,6
2	Da consejo	-0,30	0,57	0,42	0,58	1,5
3	Gruñón	0,62	0,18	0,42	0,58	1,2
4	Capaz	0,37	0,67	0,58	0,42	1,6
5	Fallecerá pronto	0,67	0,08	0,45	0,55	1,0
6	Activo	0,36	0,59	0,48	0,52	1,7
7	Senil	0,65	0,14	0,45	0,55	1,1
8	Positivo	0,19	0,72	0,56	0,44	1,1
9	Derrotado	0,64	0,14	0,43	0,57	1,1
10	Arreglado	-0,03	0,71	0,50	0,50	1,0
11	Camina lento	0,68	0,04	0,46	0,54	1,0
12	Solo	0,55	0,05	0,31	0,69	1,0
13	Vivirá mucho	0,25	0,61	0,43	0,57	1,3
14	Indefenso	0,67	0,11	0,46	0,54	1,1
15	Sabio	-0,28	0,56	0,39	0,61	1,5
16	Con enfermedad	0,68	0,04	0,47	0,53	1,0
17	Lleno de vida	0,30	0,67	0,54	0,46	1,4

	RC1	RC2
SS loadings	4,05	3,67
Proportion var	0,24	0,22
Cumulative var	0,24	0,45
Proportion explained	0,52	0,48
Cumulative proportion	0,52	1,00

Mean item complexity = 1,2

Test of hypothesis that 2 components are sufficient

The root mean square of the residuals (RMSR) is 0,07

Fit based upon off diagonal values = 0,93

Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020 (rotate=varimax)

Imagen 3. Pruebas para decidir número de factores: *elbow* y *horn's parallel*

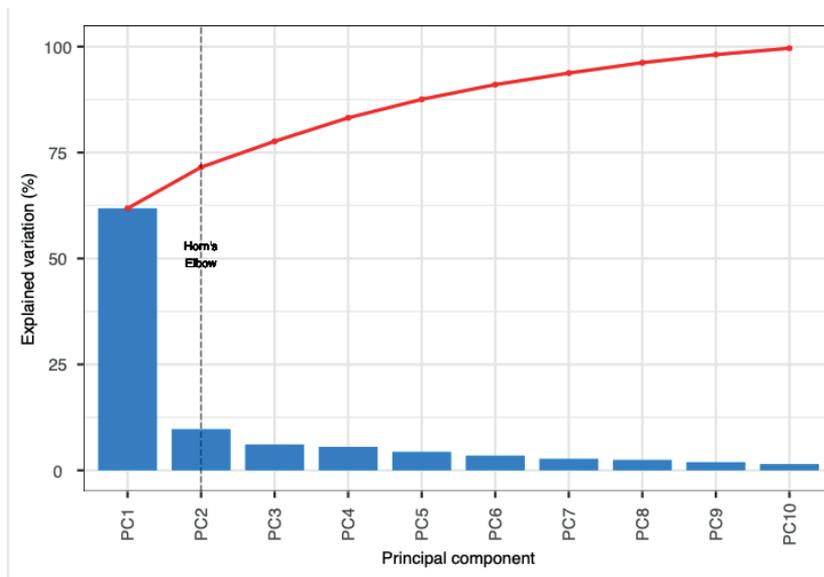
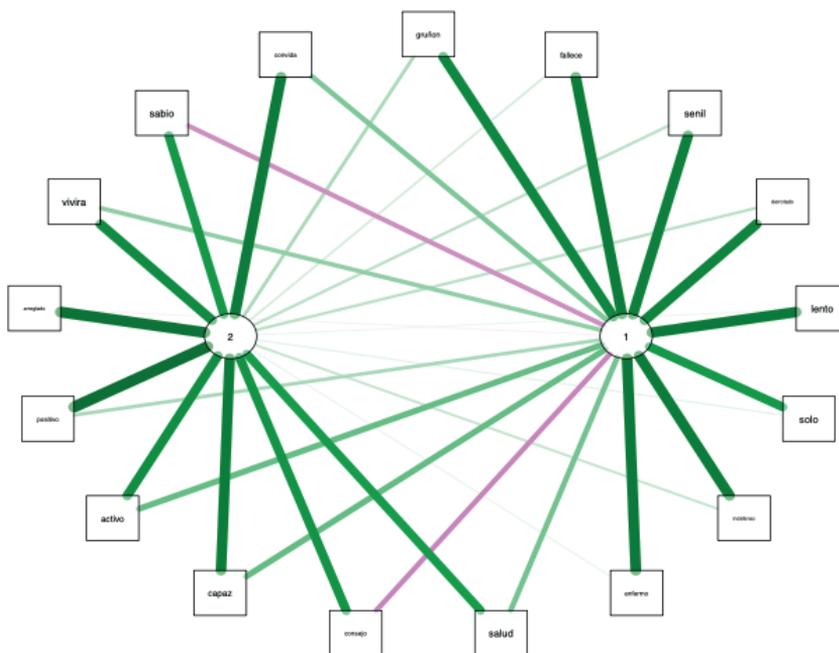


Imagen 4. Visualización de los ítems en dos factores (formato análisis de redes)



Así, se propone que la construcción del índice de estereotipación incluya dos grandes dimensiones que pueden agruparse mediante las nociones de imagen negativa e imagen positiva acerca de las PM. Por un lado, en la dimensión *imagen negativa* están todos los ítems agrupados en torno al punto 1, es decir, «con alguna enfermedad, indefenso, solo, que camina lento, derrotado, senil, fallecerá pronto y gruñón». Por otro, en la dimensión *imagen positiva* están los ítems agrupados en torno al punto 2, como «saludable, da consejo, capaz, activo, positivo, bien arreglado (forma de vestir), vivirá mucho, sabio y lleno de vida». De esta forma, se propone el uso de ambas dimensiones para la construcción del índice de estereotipación. Para evaluar su construcción, se aplicó un test alpha de Cronbach en cada dimensión (imagen negativa e imagen positiva) y el índice completo. Los resultados obtenidos validan la decisión de construir el índice a partir de la suma de las otras dos dimensiones (tabla 2).

Tabla 2. Test alpha de Cronbach por dimensión

	raw_alpha	std.alpha	G6(smc)
Dimensión 1: negativa	0,83	0,83	0,82
Dimensión 2: positiva	0,82	0,82	0,84
Índice de estereotipación	0,84	0,84	0,88

Fiabilidad si se deja fuera un ítem en la dimensión 1

		raw_alpha	std.alpha	G6(smc)
1	Con alguna enfermedad	0,81	0,81	0,79
2	Indefenso	0,80	0,80	0,79
3	Solo	0,81	0,82	0,80
4	Camina lento	0,81	0,81	0,80
5	Derrotado	0,81	0,81	0,80
6	Senil	0,81	0,81	0,80
7	Fallecerá pronto	0,80	0,81	0,79
8	Gruñón	0,81	0,81	0,80

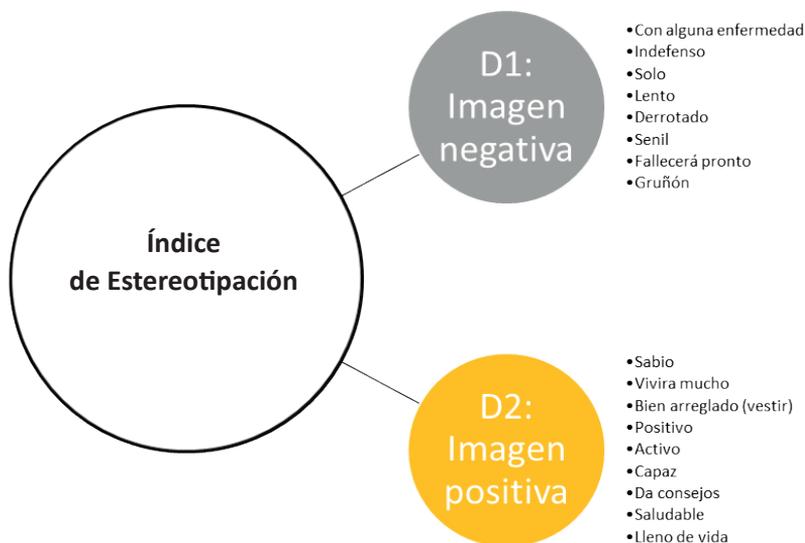
Fiabilidad si se deja fuera un ítem en la dimensión 2

		raw_alpha	std.alpha	G6(smc)
9	Sabio	0,82	0,82	0,82
10	Vivirá mucho	0,80	0,80	0,81
11	Positivo	0,79	0,79	0,81
12	Activo	0,80	0,81	0,81
13	Capaz	0,80	0,80	0,80
14	Da consejos	0,83	0,83	0,83
15	Saludable	0,81	0,81	0,82
16	Bien arreglado	0,80	0,80	0,82
17	Lleno de vida	0,79	0,79	0,80

Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

Se concluye que el índice de estereotipación lleva dos dimensiones: la imagen positiva y la imagen negativa (imagen 5). Es necesario tener en cuenta que las categorías «alto», «medio» y «bajo» estereotipación, se construyeron de forma proporcional en el índice.

Imagen 5. Diagrama con la operacionalización del índice de estereotipación



II. Características sociodemográficas y ocupacionales de los participantes

Se obtuvieron 378 encuestas, de las cuales se excluyeron las respuestas provenientes de otros países (siete casos) y quienes no completaron la sección de la escala de edadismo (63 casos). En total se analizaron 308 encuestas completadas. Un 74,7% de la muestra corresponde a personas que se identificaron con el género femenino. El rango de edad varía entre los 21 y 75 años, y la mayoría de las respuestas se concentró entre los 27 y 47 años. Al menos un 50% de las respuestas provienen de personas viviendo al momento de la encuesta en la capital del país (Santiago), mientras que los demás varían entre ciudades de otras regiones.

Cuando se examinaron las características ocupacionales de los participantes, 19% eran profesionales de psicología, 15% de medicina y 11% de kinesiología. Con respecto al contexto de trabajo, el 22% trabajaba en atención primaria, el 24% en el sector privado, el 30% en el sector público y el 15% en una institución educativa. Finalmente, un 50,5% de la muestra respondió que no había tomado cursos sobre geriatría o gerontología previamente.

III. Análisis de los resultados y del índice de estereotipación¹

En general, los resultados de la tabla 3 indican que, entre los profesionales de la salud encuestados, existe una imagen sobre el envejecimiento marcada por estereotipos negativos, como personas arrugadas, centradas en la familia, de caminar lento y enfermas; y estereotipos positivos como personas capaces, activas, positivas, sabias y arregladas.

Los ítems que tuvieron respuestas más dispersas fueron «saludable, fallecerá pronto, solo, vivirá mucho, indefenso y pasivo». Los ítems «lleno de vida y con amigos» tuvieron una mayor concentración de respuestas en los niveles medios. Los encuestados y encuestadas tendieron a responder en contra sobre las características «gruñón», «senil» y «derrotado». Probablemente estas últimas tres características están más cargadas de deseabilidad social, debido a que reconocer que cualquier persona es gruñón o senil o derrotado parece ser una categoría muy tajante que las personas parecieran querer evitar.

¹ En el análisis de estos resultados, y debido a la naturaleza exploratoria de los datos, no se realizaron otros análisis cruzados. Por ejemplo, debido a que no se consultó por más detalles sobre la formación universitaria y de escuela de los y las participantes, no fue posible indagar en su influencia en la visión estereotipada sobre las PM. Esto podría de ser de gran interés para futuras investigaciones.

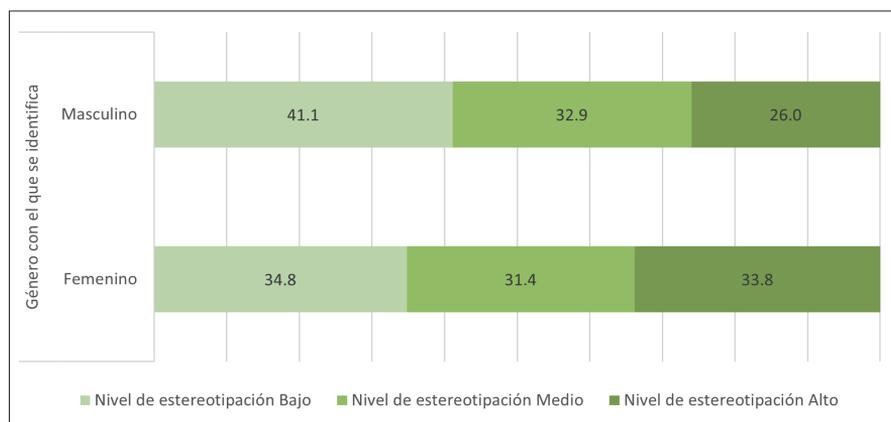
Entre los profesionales de la salud hay una clara tendencia a una imagen específica del envejecimiento en el contexto chileno. Predominan tanto estereotipos positivos (capaces, activos, positivos, sabios, arreglados) como negativos (arrugados, centrados en la familia, caminan despacio y enfermos).

La distribución según el índice de estereotipación por género se puede apreciar en el gráfico 1. En particular, se observa que la mayoría de los hombres poseen un nivel de estereotipación baja, mientras que las mujeres se concentran en los niveles de estereotipación bajo y alto. Las mujeres han sido las responsables de los cuidados de las PM históricamente en Chile (Ortiz y González, 2017), lo que podría explicar sus opiniones sobre el tema son personales, y por tanto, tienen una opinión más formada.

Tabla 3. Porcentaje de respuesta por ítem de la escala de imagen del envejecimiento

		0	1	2	3	4	5	6	N
1	saludable	5,6	7,9	17,5	26	23,1	11,9	8	303
2	da consejo	2,3	2	4,3	8,5	18,3	29,8	34,8	305
3	centrado en la familia	1,3	1,6	4,6	11,8	16,3	29,1	35,3	306
4	gruñón	23,6	16,1	10,5	20,4	15,4	6,8	7,2	305
5	capaz	0,7	0,9	3,3	15,1	21,6	30	28,4	305
6	fallecerá pronto	13,9	13,2	13,6	19,2	20,9	11,6	7,6	302
7	activo	1,3	2,9	10,1	19,9	32,1	22,3	11,4	305
8	senil	23,6	14,4	16,7	18	14,5	6,9	5,9	305
9	positivo	1,7	4,6	11,9	24,2	25,8	20,9	10,9	302
10	derrotado	32,6	20,1	17,1	15,8	9,9	2,9	1,6	304
11	bien arreglado (forma de vestir)	2,3	2	8,6	19,4	27	22	18,7	304
12	camina lento	4	5,3	12,3	16,6	21,5	20,5	19,8	302
13	solo	9,7	8	8,3	24,3	27	14,3	8,4	300
14	vivirá mucho	4	5,5	15,5	21	26	14	14	300
15	indefenso	15,3	8	16,3	21,6	17,6	12,3	8,9	301
16	sabio	0	1,5	5,2	10	18,3	28	37	300
17	con enfermedad	2,7	1,7	5,7	10,4	19,8	30,2	29,5	298
18	lleno de vida	2,3	5	13,8	26,5	32,9	12,8	6,7	298
19	pasivo	14,2	9,9	17,2	24,4	18,8	9,9	5,6	303
20	con amigos	5,3	14,2	20,5	26,8	18,9	7,6	6,7	302

Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

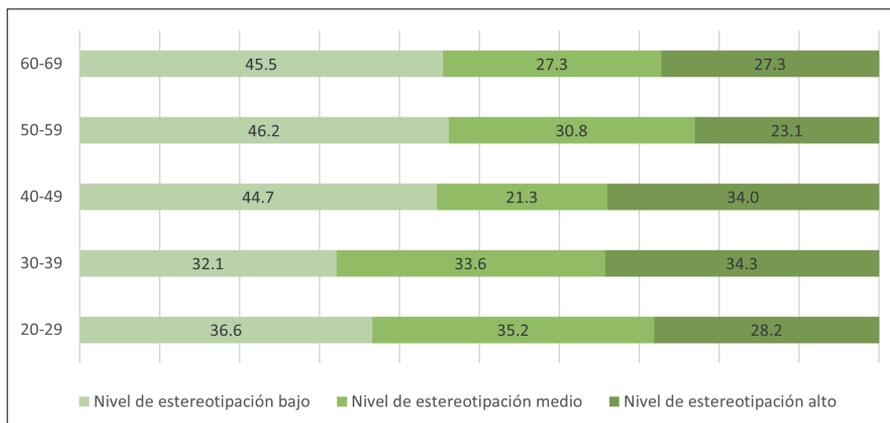
Gráfico 1. Porcentaje según género con que se identifica con nivel de estereotipación

Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

Con respecto a las variaciones según la edad (gráfico 2), los grupos de edad que concentran una mayor proporción de nivel alto de estereotipación son los que están entre 40 y 49 años (34%) y entre 30 y 39 años (34,3%). Similar a lo que sucedía en el gráfico anterior, en el contexto chileno estos son los grupos etarios que tienen más responsabilidades con las PM, y a la vez con sus hijos e hijas. Una posible explicación podría ser que, al existir una mayor exposición a relaciones con PM, eso puede potenciar una mayor probabilidad de estreñimiento de sus relaciones. Por su parte, los grupos de edad de 50 a 59 años y de 60 a 69 años poseen los menores niveles de concentración de estereotipación alto, de un 27,3% y un 23,1% respectivamente. De hecho, estos grupos de edad poseen la mayor concentración de nivel de estereotipación bajo.

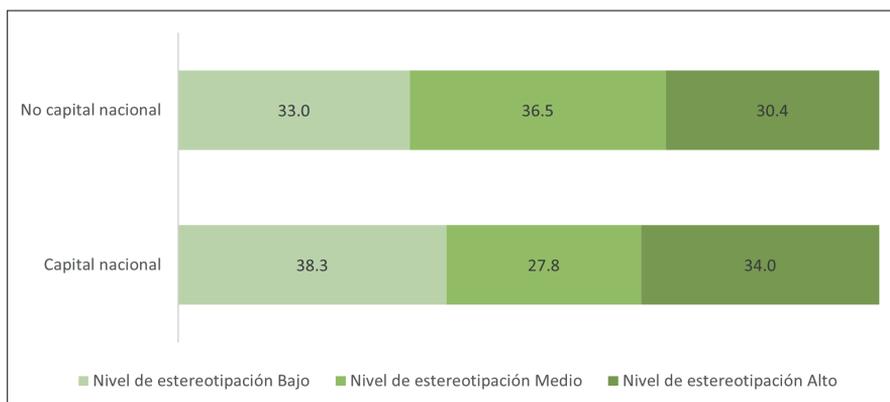
En cuanto al gráfico 3, puede visualizarse brevemente que existe una mayor concentración de casos (34%) con alto nivel de estereotipación en la capital (Santiago). Entre las personas que no viven en la capital, existe un menor porcentaje en comparación en la misma categoría, ya que hay una mayor presencia de personas con estereotipación nivel medio. Aun así, estas diferencias no son tan marcadas, por lo que dan algunas luces desde una perspectiva exploratoria. La centralización de la información —y por tanto de prejuicios en torno a adultos mayores— en Chile se suele concentrar en la capital, lo que podría ser testado a futuro en otras investigaciones, no solo de índole cuantitativa, sino también cualitativa.

Gráfico 2. Porcentaje de edad con nivel de estereotipación



Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

Gráfico 3. Porcentaje según si vive o no en la capital nacional, con nivel de estereotipación



Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

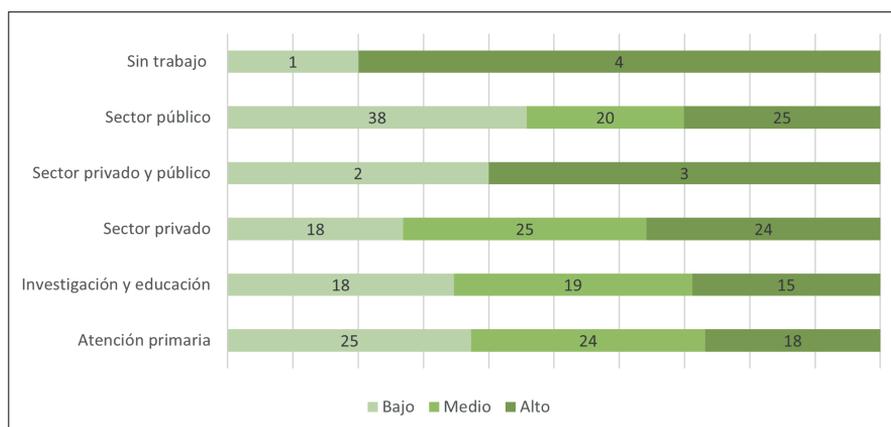
Al revisar los datos según sector del trabajo, las y los profesionales que trabajan en el sector público lideran con una mayor concentración de personas con alta estereotipación. En Chile no es una obligación la existencia de cursos especializados en PM para todos los y las profesionales de la salud. A veces esto depende de la especialidad que la persona esté estudiando. Aun así, aquí sucede

algo similar con respecto a gráficos anteriores: la mayor exposición a PM puede generar ciertos constreñimientos en esas relaciones y, por tanto, ciertos prejuicios en contra de ellos. Además de ello, es importante mencionar que la sobrecarga asistencial, y potenciada por una pandemia como la de COVID-19 en el sector público, definitivamente puede generar emociones negativas desde los profesionales de la salud hacia sus usuarios y usuarias.

III. COVID-19

En la encuesta se incorporaron cuatro preguntas correspondientes a la situación actual de cada profesional de la salud encuestado y su relación con el contexto de la pandemia. De 308 respuestas, un 15% respondió que no estaba trabajando, un 37,7% estaba haciendo teletrabajo, un 31,5% estaba trabajando mediante turnos y un 16% trabajaba con la misma jornada de siempre. En estas cuatro categorías (gráfico 5), la mayor proporción de profesionales de la salud con alto nivel de estereotipación se concentran en quienes trabajan por turnos. En el contexto chileno, esto se puede deber a varias razones, como por ejemplo —se podría hipotetizar— que quienes trabajan por turnos poseen menores niveles educacionales u otras responsabilidades de cuidado familiares. Sin duda alguna, este tipo de interrogantes podrían ser interesantes de explorar en futuros estudios.

Gráfico 4. Número de personas según sector de trabajo con nivel de estereotipación



Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

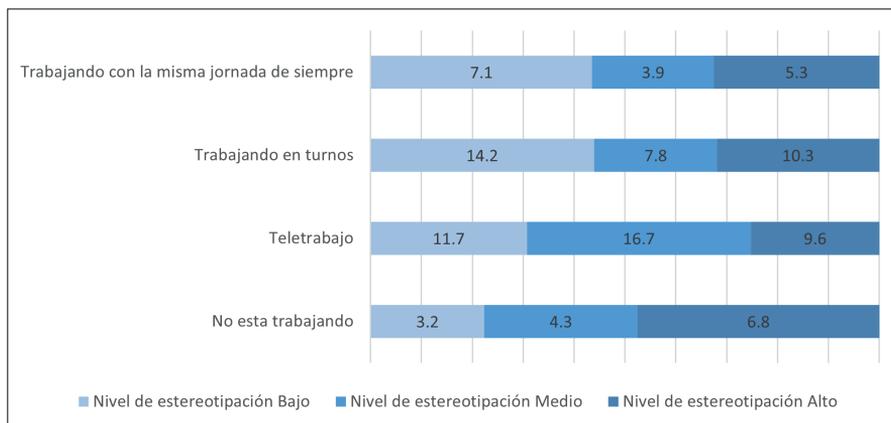
Se realizaron tres preguntas para indagar por la opinión que tenían las y los encuestados sobre el actual contexto de pandemia por el COVID-19. Al preguntarles cuán de acuerdo estaban con la primera frase «El sistema de salud chileno garantiza el acceso a la salud de las personas mayores», un 31% estaba de acuerdo o muy de acuerdo, un 14% ni de acuerdo ni en desacuerdo, y un 55% respondió que estaba en desacuerdo o muy en desacuerdo. Con respecto a la segunda frase, «El sistema de salud chileno muestra preocupación por las personas mayores», un 31% estaba de acuerdo o muy de acuerdo, un 14% ni de acuerdo ni en desacuerdo, y un 55% estaba en desacuerdo o muy en desacuerdo, lo que repite los porcentajes que en la primera frase. Por último, en la tercera frase se les preguntó: «Frente a la crisis del COVID-19, el sistema de salud chileno ha tomado las medidas adecuadas para resguardar a las personas mayores», un 23% estaba de acuerdo o muy de acuerdo, un 12% no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo, y un 65% estaba en desacuerdo o muy en desacuerdo. En la última de estas tres frases, muchos respondieron previamente estar más de acuerdo y modificaron su respuesta radicalmente a no estar de acuerdo con ello.

El número total de datos disminuye a 281 casos al cruzarlos con el índice de imagen del envejecimiento, pero aun así, los resultados nos permiten visualizar algunas diferencias. En cuanto a los resultados del gráfico 6, un 54,4% de la muestra no está de acuerdo con que el sistema de salud chileno haya garantizado la salud a las PM, aunque un 19,6% posee un nivel de estereotipación. En el contexto chileno, este tipo de tendencias puede significar colocar en una posición de mayor desventaja a las PM, debido a quienes no necesariamente están de acuerdo con una mayor garantía del estado para ellos, coinciden también con quienes poseen el nivel de estereotipación más alto.

Una situación similar ocurre cuando con respecto a las respuestas sobre si el sistema de salud chileno muestra preocupación por las PM (gráfico 7).

Por último, en el gráfico 8 se presenta la respuesta de los encuestados y encuestadas a la consulta por la respuesta del sistema de salud chileno frente a la actual pandemia y en relación con las PM. En esta respuesta, el porcentaje total de gente en desacuerdo con la frase aumenta a un 63,7%, y el porcentaje total de acuerdo disminuye a un 23,2%. El nivel de estereotipación bajo también incluye las personas que poseen un nulo nivel de estereotipación. Considerando aquello, y los resultados del gráfico, podemos visualizar que aun así sigue prevaleciendo un alto nivel de estereotipación a través de todas las categorías. Posiblemente esto tiene relación con que los parámetros que las personas se adjudican valóricamente en un nivel microsocial no necesariamente se condicen con lo que piensan que debiera ocurrir en un nivel macrosocial.

Gráfico 5. Porcentaje jornada de trabajo con nivel de estereotipación



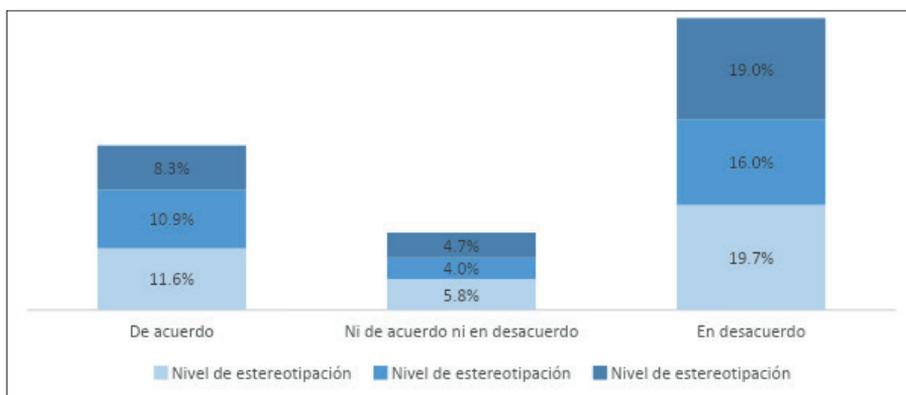
Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

Gráfico 6. Nivel de acuerdo con «El sistema de salud chileno garantiza el acceso a la salud de las personas mayores»



Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

Gráfico 7. Nivel de acuerdo con «El sistema de salud chileno muestra preocupación por las personas mayores»



Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

Gráfico 8. Nivel de acuerdo con «Frente a la crisis del COVID-19, el sistema de salud chileno ha tomado las medidas adecuadas para resguardar a las personas mayores»



Fuente: Elaboración propia usando los datos de la Encuesta salud y vejez 2020.

DISCUSIÓN

En este estudio se observa la presencia de estereotipos tanto positivos como negativos con respecto al envejecimiento en profesionales de la salud. Estas imágenes tienen el potencial de afectar la salud integral de una persona mayor, es decir, el bienestar mental, físico, social y emocional (Dionigi, 2015). En particular, juegan un papel importante en la configuración de cómo se piensa e interactúa con los individuos, así como también cómo estos individuos se observan dentro del grupo estereotipado (Horton, Baker, Deakin, 2007; Kotter-Grühn, Hess, 2012; Levy, Myers, 2004; Levy, Slade, Kasl, 2002; Levy *et al.*, 2002), cómo ven las PM a otras personas de su propio grupo (Dionigi, Horton, Bellamy, 2011; Horton, Baker, Côté, Deakin, 2008; Kotter-Grühn, Hess, 2012); el rendimiento físico y cognitivo de esta población (Hausdorff, Levy, Wei, 1999; Levy, 2000; Levy *et al.*, 2000; Levy *et al.*, 2012; Levy, 2003), los comportamientos de salud de las PM, incluidas sus decisiones de participar en actividades cognitivas, sociales y físicas (Meisner, Weir, Baker, 2013; Sarkisian *et al.*, 2005) o buscar asistencia médica (Auman, Bosworth, Hess, 2005; Levy, Ashman, Dror, 1999; Coudin, Alexopoulos, 2010; Meisner, Baker, 2013, así como también cómo las PM son tratadas por los demás y la sociedad en su conjunto (Grant, 1996; Nelson, 2004). Y aunque los estereotipos negativos tienen efectos más perjudiciales sobre las vidas de las PM, los estereotipos positivos son igualmente nocivos (Meisner, 2012).

Cuando se consideró el índice sumatorio simple, las mujeres muestran niveles de estereotipación alto, a diferencia de múltiples estudios internacionales (Lookinland, Anson 1995; Soderhamn *et al.*, 2001; Lambrinou *et al.*, 2009; Leung *et al.*, 2011; OMS, 2021). Con respecto a la edad, parece ser un factor clave. Se evidenció que las personas de 30 a 49 años concentraron los niveles más altos de estereotipación, lo que va en concordancia con la literatura internacional (Bodner *et al.*, 2012; OMS, 2021) los cuales señalan que este tipo de actitudes cambian a medida en que las personas envejecen, donde el grupo de mediana edad revela niveles negativos más altos en comparación con los participantes más jóvenes y mayores.

Los y las profesionales de la salud, según su entorno laboral, mostraron que quienes trabajaban en el entorno público presentaban menores niveles de estereotipación. Lo anterior es bastante preocupante, pues estadísticas locales señalan que el 84,9% de las PM se atienden en el sistema público de salud (CASEN, 2017).

Con respecto al contexto de pandemia, también existen algunos resultados a destacar. Según el tipo de jornada de trabajo que estaban llevando los profesionales

de la salud, quienes trabajaban por turno concentraban a la mayor porción de personas con bajo y alto nivel de estereotipación, en cambio cuando se les preguntó a los encuestados y encuestadas sobre el sistema de salud chileno y su preocupación y garantía de acceso a la salud para PM, en general hubo respuestas más críticas. En total, más de 65% de la muestra estaba en desacuerdo con esas frases, mientras que al preguntarles específicamente sobre el rendimiento del sistema de salud chileno frente a la crisis del COVID-19, este nivel de desacuerdo aumentaba.

Esto devela una situación bastante paradójica, en la que ser críticos con respecto al desempeño macrosocial del sistema no implica una asociación con las prácticas cotidianas de las personas. Los altos niveles de pobreza e informalidad de la región, la presencia de deudas o el bajo crecimiento económico son solo algunas de las limitaciones estructurales de Latinoamérica que relevan el impacto nocivo que ha tenido el COVID-19 en las PM (Naciones Unidas, 2020). De hecho, se encontró una gran concentración de personas con altos niveles de estereotipación en desacuerdo con el funcionamiento del sistema de salud chileno. Este resultado es particularmente interesante a la luz de que el contexto de pandemia ha generado la exacerbación de desventajas de los sistemas de salud que ya se encontraban fragmentados por desigualdades arraigadas a los países latinoamericanos (Naciones Unidas, 2020).

Este estudio tiene ciertas limitaciones, como un diseño transversal, una muestra de conveniencia, las variables utilizadas y el formato de la aplicación del protocolo. Además, se limita a Chile y no incluye a otros países. Las fortalezas de este estudio son, sin embargo, su aporte como estudio de adaptación, pues la IAS tiene solo tres versiones (inglés, chino, español), pero ninguna en un país latinoamericano. Así, el aporte es mayoritariamente metodológico y público en términos de resultados. Además, se observa un proceso de adaptación y validación exitoso, en donde además se propuso un índice de estereotipación. Las y los investigadores en Chile podrían aplicar este instrumento en otras muestras. Por último, destacar nuevamente que el contexto de pandemia, al ser un evento único que potencia varias desigualdades preexistentes en la región (Naciones Unidas, 2020; Cepal, 2020), genera que los resultados de esta investigación sean de mayor urgencia para quienes trabajan como profesionales de la salud.

CONCLUSIÓN

El actual contexto de pandemia plantea repensar varias formas de ver a la sociedad, y por tanto también el rol de las PM en esta. La situación —ya desventajosa—

de las PM en la sociedad latinoamericana se ha visto más precarizada (en comparación con otras edades), lo que genera un impacto en sus vidas cotidianas. Por lo tanto, reducir los estereotipos acerca del envejecimiento, vejez y edad no solo es beneficioso para la salud de este grupo etario, sino que también favorece el desarrollo social (Levy *et al.*, 2020). Por tanto, es fundamental determinar el tipo de estereotipos que presentan los profesionales de la salud y medir su nivel, pues la calidad de la atención brindada a las PM está directamente relacionada con los estereotipos de los proveedores de atención sanitaria. Estos resultados contribuirán a sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre los estereotipos presentes y, por tanto, favorecerán a reducir el vejeísmo sanitario. De hecho, las Naciones Unidas (2020), Cepal (2020), IDB (2021), HelpAge (2020) y OMS (2021) reconocen los desafíos que esta pandemia presenta para las PM, pero también plantean que puede significar una gran oportunidad para que los países puedan transformar sus modelos de desarrollo para resguardar los derechos humanos de este sector de la población.

En vista de la falta de instrumentos adaptados para la realidad local chilena, este tipo de estudios resulta innovador en tanto valida un instrumento para el futuro de esta línea de investigación, y devela la existencia de una imagen estereotipada entre los profesionales de la salud acerca de quiénes son las PM en Chile. A pesar de que no siempre los niveles altos de estereotipación estaban claros y que no sean datos representativos para la población, sí generan un primer acercamiento a lo que se espera sea una fructífera área de investigación en los siguientes años en este contexto. En otras palabras, este estudio se presenta como una primera aproximación exploratoria a este tipo de instrumento y resultados. Así, se busca aportar no solo en términos metodológicos, sino que también en la promoción a largo plazo de políticas que visibilicen los estereotipos y, por ende, el edadismo. La fiabilidad de la consistencia interna, la fiabilidad test-retest, la validez de contenido y la validez de constructo apoyan a la IAS-Ch como un instrumento válido y fiable para medir la presencia y el nivel de los estereotipos asociados al envejecimiento de las y los profesionales de la salud en Chile. Todo esto aporta en la discusión metodológica sobre la medición correcta de las representaciones positivas o negativas del envejecimiento en Chile en un contexto de pandemia. A pesar de ello, para futuras investigaciones, sería ideal la integración y extensión de la investigación con entrevistas cualitativas u otras herramientas que permitan una triangulación de datos y así reparar posibles falencias teóricas.

En esta investigación se trabajó el contexto de pandemia como un potenciador de desigualdades estructurales a la región hacia la población adulta mayor. Pero

una de las líneas de investigación que, sin duda alguna, habría que indagar en un futuro, son las diferencias por género de la población con respecto a estas desventajas. Ha sido ampliamente identificado que las mujeres mayores son quienes han sido sufrido una mayor precarización de su cotidianidad (Naciones Unidas, 2020; HelpAge, 2020a), pero el estudio de la especificidad de estas diferencias es un área aún por desarrollar.

Agradecimientos, financiamiento y material suplementario

En primer lugar, nos gustaría agradecer a Becca Levy, quien nos dio acceso a la Escala de imagen de envejecimiento. En segundo lugar, agradecemos a Andrés Aranda por su valiosa ayuda en la recopilación de datos. En tercer lugar, gracias a los diecisiete expertos que ayudaron con su tiempo y su amable disposición. Finalmente, nos gustaría agradecer a todos las/os encuestadas/os que aceptaron responder, este estudio no habría sido posible sin su ayuda.

Este trabajo fue apoyado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile [2018 - 72190281, 2016 - 72110331]. Asimismo, la «Fundación GeroActivismo» (www.geroactivismo.com) actúa como patrocinador del proyecto.

La investigación completa (base de datos, cuestionario, análisis y scripts r) y los datos complementarios estarán disponibles cuando este documento se publique en el repositorio de GitHub https://github.com/FranziskaOrtizRuiz/indice_edadismo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, L., Cardona, D., Vilton, J., Delgado, A., Freire, F., Garay, S., Gomez-León, M., Paredes, M., Peláez, E., Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F. y Silva-Ramirez, R. (2021). Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas. *RELAP - Revista Latinoamericana de Población*, 15(29), 64-117. <http://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.3>
- Alonso, V., Cipolli, G. C., Flauzino, K. L. y Cachioni, M. (2020). Pandemic of COVID 19 and old adults Brazilians: a reflection on social isolation, infoexclusion, info-demia and idadism. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(28), 355-364.
- Angulo-Giraldo, M. A., Bonilla, G. R., García, H. C., Colonia, L. y Fernández-Alvarado, S. (2020). Personas mayores en los medios digitales peruanos durante la pandemia por COVID-19. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(28), 391-416.

- Auman, C., Bosworth H. B., Hess, T. M. (2005). Effect of health-related stereotypes on physiological responses of hypertensive middle-aged and older men. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(1), 3-10. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.P3>
- Blanca, M. J., Sánchez, C. y Trianes, M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.
- Bozanic, A. (2020). Edadismo en tiempos de COVID-19: medios de comunicación como agentes perpetuadores de discriminación. *Revista Geronte*, 7(1), 44-46. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1fm-m49elGF0OdoUpAngEP-YOfThdZD6-yt/view?usp=drivesdk>
- Council of Europe (2020). Lessons to be drawn from the ravages of the COVID-19 pandemic in long-term care facilities. En *Council of Europe* [website]. Strasbourg: Council of Europe, Commissioner for Human Rights. Recuperado de https://www.coe.int/en/web/commissioner/news-2020/-/asset_publisher/Arb4fRK3o8Cf/content/lessons-to-be-drawn-from-the-ravages-of-the-covid-19-pandemic-in-long-term-care-facilities?inheritRedirect=false
- Butler, R. N. (1969) Age-Isim: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Bodner, E., Bergman, Y. S. y Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: A multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, 24(06), 895-901. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002936>
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J.E., Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Cepal (2020). Informe de la reunión virtual: «El impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas mayores». México: Cepal.
- Cornwell, B. y Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health Social Behaviour*, 50(1), 31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- Coudin, G., Alexopoulos, T. (2010). Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health*, 14(5), 516-523. <https://doi.org/10.1080/13607861003713182>
- Dabove, M.I. (2020). Derecho de la vejez en tiempos de pandemia. *Revista de la Facultad de Derecho*, 49, 1-20. <https://doi.org/10.22187/rfd2020n49a10>

- De Miguel, A. y Castellano, C. L. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de los cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 79-95.
- Dionigi, R. A. (2015). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/954027>
- Dionigi, R. A., Horton, S., Bellamy, J. (2011). Meanings of aging among older Canadian women of varying physical activity levels. *Leisure Sciences*, 33(5), 402-419. <https://doi.org/10.1080/01490400.2011.606779>
- Dorantes-Nova, J. A., Hernández-Mosqueda, J. S., Tobón-Tobón, S. (2016). Juicio de expertos para la validación de un instrumento de medición del síndrome de Burnout en la docencia. *Ra Ximhai*, 12(6), 327-346. <https://doi.org/10.35197/rx.12.01.e3.2016.22.jd>
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., Schettini, R., Huici, C. y Rivera, J. M. (2017). Assessing aging stereotypes: Personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. *Psicothema*, 29(4), 482-489. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.314>
- Galicia, L., Balderrama, J. y Navarro, R. (2007). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Revista Apertura*, 9(2), 42-53. <https://doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>
- García López, E. y Cabero Almenara, J. (2011). Diseño y validación de un cuestionario dirigido a describir la evaluación en procesos de educación a distancia. *Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 35, 1-26. <https://doi.org/10.21556/edutec.2011.35.412>
- González, H. (2018). Envejecimiento y género: investigación y evaluación de programas. *Revista Prisma Social*, 21(2), 194-218.
- González, H., Ortiz, F. y Espinosa-Rada, A. (2018). Redes de parentesco en las familias de Santiago de Chile. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 29(1), 111-124. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.741>
- Grant, LD. (1996). Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging. *Health and Social Work*, 21(1), 9-15. <https://doi.org/10.1093/hsw/21.1.9>
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R., Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(11), 1346-1349. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07437.x>

- HelpAge (2020a). *Protección social para personas mayores durante y después de la pandemia por COVID-19*. Reino Unido: HelpAge.
- HelpAge (2020b). *Si no es ahora, ¿cuándo? Cumplir las promesas a las personas mayores afectadas por crisis humanitarias*. Reino Unido: HelpAge.
- HelpAge (2021). *Trato desigual. Lo que dicen las personas mayores sobre sus derechos durante la pandemia de COVID-19*. Reino Unido: HelpAge.
- Horton, S., Baker, J., Deakin, J. M. (2007). Stereotypes of aging: their effects on the health of seniors in North American Society. *Educational Gerontology*, 33(12), 1021-1035. <https://doi.org/10.1080/03601270701700235>
- Horton, S., Baker, J., Côté, J., Deakin, J. M. (2008). Understanding seniors' perceptions and stereotypes of aging. *Educational Gerontology*, 34(11), 997-1017. <https://doi.org/10.1080/03601270802042198>
- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal, CELADE. Recuperado de <http://www.cepal.org/es/publicaciones/2617-envejecimiento-solidaridad-y-proteccion-social-en-america-latina-y-el-caribe-la> Fecha de consulta: 22 de diciembre 2020.
- IDB (2021). *Opportunities for Stronger and Sustainable Postpandemic Growth*. Inter-American Development Bank.
- Instituto de Estadísticas (INE) (2019). Recuperado de <https://www.ine.cl/prensa/2019/09/16/para-2050-se-proyecta-una-población-de-21-6-millones-de-personas-en-chile>. Fecha de consulta: 13 de abril 2020.
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nurs Res*, 50(5), 300-304. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>.
- Kemperman, A., Van den Berg, P., Weijs-Perrée, M. y Uiktdewillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 405-422. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>
- Kornadt, A. E. y Rothermund, K. (2011). Contexts of aging: assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(5), 547-556. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr036>
- Kotter-Grühn, D., Hess, T. M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr153>

- Lambrinou, E., Sourtzi, P., Kalokerinou, A. y Lemonidou, C. (2009). Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Education Today*, 29(6), 617-622. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.01.011>
- Le Couteur, D. G., Anderson, R. M., Newman, A. B. (2020). COVID-19 through the lens of gerontology. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(9), e119-120. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa077>
- Letelier, M. J., Aller, M. B., Henao, D., Sánchez-Pérez, I., Vargas Lorenzo, I., Coderch de Lassaletta, J., Llopart, J. R., Ferran, M., Colomése, L. y Vázquez Navarrete, M. L. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*, 24(4), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.03.010>
- Leung, S., Logiudice, D., Schwarz, J. y Brand, C. (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, 41(4), 308-314. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02140.x>
- Levy, B. R. (2000). Handwriting as a reflection of aging self-stereotypes. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 81-94.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), 203-211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy, B. R., Ashman, O., Dror, I. (1999). To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega*, 40(3), 409-420. <https://doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NF0E-83VR>
- Levy, B. R., Hausdorff, J. M., Hencke, R., Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journals of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4), 205-213. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.P205>
- Levy, B. R. y Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: successful memory in China and among the American deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 989-997. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.6.989>
- Levy, B. R., Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625-629. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.029>
- Levy, B. R., Kasl, S. V, Gill, T. M. (2004). Image of aging scale. *Percept Mot Skills*, 99(1), 208-210. <https://doi.org/10.2466/pms.99.1.208-210>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), 409-417. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.P409>

- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanno, S., Wang, S. Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *Gerontologist*, 60(1), 174-181. <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., Ferrucci, L. (2012). Memory shaped by age stereotypes over time. *Journals of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 432-436. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr120>
- Liu, Y. E., Norman, I. J. y While, A. E. (2015). Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: An explanatory model. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 965-973. <https://doi.org/10.1111/jonm.12242>
- Lookinland, S. y Anson, K. (1995). Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: Implications for elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 47-56. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010047.x>
- Martínez-Martínez, A., Clemente Soler, J.A. y Rodríguez Guillén, D. (2020) La tercera edad como población vulnerable ante el COVID-19. *Revista Kairós-Gerontología*, 23(28), 365-378. <http://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23iEspecial28p365-378>
- Meisner, B. A. (2012). A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 13-17. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr062>
- Meisner, B. A., Baker, J. (2013). An exploratory analysis of aging expectations and health care behavior among aging adults. *Psychology and Aging*, 28(1), 99-104. <https://doi.org/10.1037/a0029295>
- Meisner, B. A., Weir, P. L., Baker, J. (2013). The relationship between aging expectations and various modes of physical activity among aging adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(4), 569-576. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.02.007>
- Ministerio Desarrollo Social (CASEN) (2017). ADULTOS MAYORES Síntesis de resultados. Recuperado de http://Observatorio.Ministeriodesarrollosocial.Gob.Cl/Casen-Multidimensional/Casen/Docs/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.Pdf. Fecha de consulta: 13 de abril 2020.
- Munayco, C., Chowell, G., Amna, T., Undurraga, E. y Mizumoto, K. (2020). Risk of death by age and gender from COVID-19 in Peru, March-May, 2020. *Aging*, 12(14), 13869-13881. <https://doi.org/10.18632/aging.103687>
- Naciones Unidas (2020). Informe: El impacto de COVID-19 en América Latina y el Caribe. S.l.: Naciones Unidas.

- Nadler, B. (2008). Finite Sample Approximation Results for Principal Component Analysis: A Matrix Perturbation Approach. *The Annals of Statistics*, 36(6), 2791-2817. <https://doi.org/10.1214/08-AOS618>
- Nelson, T. (ed.) (2004). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Nemmers, T. M. (2004). The influence of ageism and ageist stereotypes on the elderly. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 22(4), 11-20. https://doi.org/10.1080/J148v22n04_02
- OECD (2020). *COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis*. OECD.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Fecha de consulta: 13 de abril de 2020.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Global report on ageism*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2020). COVID-19 data: effects of COVID-19 across the life course. En World Health Organization, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing data portal [website]. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/covid-19-data>
- Ortiz, Francisca and González, Herminia (2017). Cómo explicar la organización social de los cuidados en Chile: una aproximación al proceso de envejecer. En A. Vera (ed.), *Malestar social y desigualdad en Chile* (pp. 125-150). Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Ory, M., M. K. Hoffman, M. Hawkins, B. Sanner y R. Mockenhaupt (2003). Challenging aging stereotypes: strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 164-171. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00181-8)
- Osorio-Parraguez, P., Jorquera, P. y Araya Tessini, M. (2021). Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios. *Horiz. Antropol*, 27(59), 227-243. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832021000100012>
- Rowe, J. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sarkisian, C. A., Prohaska, T. R., Wong, M. D., Hirsch, S., Mangione, C. M. (2005). The relationship between expectations for aging and physical activity among

- older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 911-915. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0204.x>
- Soderhamn, O., Lindencrona, C. y Gustavsson, S. M. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today*, 21(3), 225-229. <https://doi.org/10.1054/nedt.2000.0546>.
- Suárez-González, A., Matías-Guiu, J. A., Comas-Herrera, A. (2020). Impact and mortality of the first wave of COVID-19 on people living with dementia in Spain. En *International Long-Term Care Policy Network* [website]. Londres: London School of Economics and Political Science Recuperado de <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/08/Impact-of-COVID-19-on-people-living-with-dementia-in-Spain-10-August.pdf>
- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M. y Tomás-Aguirre, F. (2019). Loneliness and social support: differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizen. *Journal of Community Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1002/jcop.22184>
- Upenieks, L., Settels, J. y Schafer, M. (2018). For everything a season? A month-by-month analysis of social network resources in later life. *Social Science Research*, 69, 111-125. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.09.004>
- Undurraga, E., Chowell, G. y Mizumoto, K. (2021). COVID-19 case fatality risk by age and gender in a high testing setting in Latin America: Chile, March-August 2020. *Infectious Diseases of Poverty*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00785-1>
- Villar, F. y Triadó, C. (2000). Conocimiento sobre el envejecimiento: adaptación del FAQ (Facts on Aging Quiz) y evaluación en diferentes cohortes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 244-256.
- Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. (2018). Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. En L. Ayalon, C. Tesch-Römer (eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging* (pp. 193-212). Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13
- Zarco Villavicencio, A., Cardoso Gómez, M. A., Sánchez Ruiz, J. G., Arellano Cobián, J. F. (2017). Construcción y validación por juicio de expertos de un instrumento para medir atribuciones causales de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(2), 36-44. <https://doi.org/10.29105/respyn16.2-5>

ANEXO 1. Encuesta completa

ENCUESTA SALUD & VEJEZ 2020

El presente cuestionario constituye un instrumento que permite recoger opiniones acerca del envejecimiento. La participación es voluntaria y anónima. Si deseas participar, te solicitamos que contestes con la mayor sinceridad posible a las preguntas que se formulen. Muchas gracias por la colaboración. Ayúdanos a avanzar! Comparte esta encuesta con 5 amigas/os profesionales de la salud de cualquier especialidad.

Esta encuesta demora alrededor de 6 minutos en ser respondida, y solo tiene fines académicos.

Dando por finalizado sus respuestas, se asume que autoriza su uso por parte de los/as investigadores/as de GeroActivismo. La información será tratada de manera anónima y no existen preguntas que puedan individualizar a los encuestados. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para fines académicos. Muchas gracias de antemano, por tu participación.

I. Caracterización Sociodemográfica y Formación.

1. Edad:
2. Sexo:
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - c. Otro:
3. ¿En qué ciudad trabajas?
4. ¿En qué comuna?
5. ¿Qué profesión de la salud ejerces?
 - a. Medicina
Enfermería Nutrición y Dietética
 - b. Psicología
Terapia Ocupacional
 - c. Kinesiología
 - d. Fonoaudiología Odontología
Química y Farmacia
 - e. Obstetricia y Puericultura
 - f. Tecnología Médica
 - g. Otra:
6. ¿Posees especialidad? Si es así por favor dinos cuál.
7. Si posees una especialidad, ¿Hace cuántos años la ejerces?
8. ¿En qué sector trabajas actualmente?
 - Atención primaria
 - Investigación

Sector público - Estatal
Universidad o Instituto - Educación
Sector privado
Otro:

9. Si trabajas en una institución educativa, esta es:
Pública
Privada
10. ¿Has tomado cursos de geriatría/gerontología en tu trayectoria universitaria/profesional?
a. Sí
b. No
11. Actualmente, y considerando la situación provocada por el COVID-19, ¿usted se encuentra trabajando?
a. Sí, misma jornada de siempre
b. Sí, mediante turnos
c. Sí, mediante teletrabajo
d. No

II. Personas mayores

A continuación, presentaremos un LISTADO DE CARACTERÍSTICAS. Para cada característica, usted debe indicar en qué medida la identifica con los ADULTOS MAYORES. Todas las características se presentan en una escala de 1 a 7, donde:

1 significa «NO IDENTIFICO A LOS ADULTOS MAYORES CON ESA CARACTERÍSTICA»

y

7 significa «IDENTIFICO TOTALMENTE A LOS ADULTOS MAYORES CON ESA CARACTERÍSTICA»

12. Por favor indique en qué medida identifica cada una de las siguientes características con los adultos mayores:

	1 No identifico a los adultos mayores con esa característica	2	3	4	5	6	7 Identifico completamente a los adultos mayores con esa característica
Saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quien da consejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centrado en la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gruñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pronto a fallecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positivo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrotado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bien arreglado (forma de vestir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar lento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivirá varios años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indefenso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabio(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con alguna enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lleno de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasivo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con varios amigos(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. Comentarios

14. Ante cualquier duda o comentario, puede dejarnos sus apreciaciones en la casilla dispuesta abajo. Desde ya agradecemos cada una de sus indicaciones.

¡MUCHAS GRACIAS POR RESPONDER EL CUESTIONARIO!

Les saluda,
GeroActivismo