



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

“ACTITUDES HACIA EL ADULTO  
MAYOR EN DOCENTES  
UNIVERSITARIOS DE CARRERAS DE  
CIENCIAS DE LA SALUD DE UNA  
UNIVERSIDAD PRIVADA DE  
CHICLAYO”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN MEDICINA

JORGE LUIS LIMO LIZA

LIMA – PERÚ

2022



**ASESOR**

DRA. PATRICIA JULIA CAMPOS OLAZÁBAL

**JURADO DE TESIS**

MG. TANIA TELLO RODRÍGUEZ,

PRESIDENTE

MG. PEDRO JOSÉ ORTIZ SAAVEDRA

VOCAL

MG. XIMENA GUEVARA LINARES

SECRETARIA

### **DEDICATORIA.**

A Elizabeth, Christian, Jorge y Álvaro por su apoyo, comprensión y paciencia durante todo el tiempo que demandó este trabajo.

### **AGRADECIMIENTOS.**

Al Dr. Marco Arbulú Ballesteros por su valioso apoyo con el análisis estadístico.

Al Dr. Rony Prada Chapoñán por su valioso apoyo en el análisis psicométrico.

### **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Tesis Autofinanciada

## **TABLA DE CONTENIDOS**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>III.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
	<b>Diseño del estudio. ....</b>	<b>11</b>
	<b>Población. ....</b>	<b>11</b>
	<b>Procedimientos y técnicas .....</b>	<b>12</b>
	<b>Consideraciones éticas.....</b>	<b>15</b>
	<b>Plan de análisis.....</b>	<b>15</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>17</b>
<b>V.</b>	<b>DISCUSION .....</b>	<b>23</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>VII.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>39</b>
<b>VIII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>40</b>
<b>IX.</b>	<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo– transversal, para evaluar las actitudes hacia el adulto mayor de 154 profesionales docentes de ciencias de la salud de una universidad privada, durante el periodo mayo - junio 2021, a través de una ficha sociodemográfica, la Escala Empatía Médica de Jefferson–vHP y la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan; para ello, se realizó un análisis bivariado para comparar las características sociodemográficas, nivel de empatía y la actitud. La muestra estuvo conformada por médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos. Encontrándose como resultado que, la edad promedio de los participantes fue de  $47.02 \pm 10.93$  años, también que, el 51.30% presentó una actitud positiva; además que, ninguna de las características sociodemográficas evaluadas mostró significancia estadística, y sólo el nivel de empatía se relacionó con la actitud ( $p < 0.05$ ). Por lo que, se concluye que los docentes evaluados muestran una actitud positiva hacia el adulto mayor y que nivel de empatía se relaciona proporcionalmente con una mejor actitud hacia el adulto mayor.

**PALABRAS CLAVE:** ACTITUD, ADULTO MAYOR, DOCENTES, EMPATÍA.

## **ABSTRACT**

An observational, descriptive-cross-sectional study was designed to evaluate attitudes towards the elderly in 154 health sciences teachers at a private university, during the period May - June 2021, through a sociodemographic record, the Medical Empathy Scale, Jefferson-vHP and Kogan's Scale of Attitudes towards the Elderly; to do this, a bivariate analysis was performed to compare sociodemographic characteristics, level of empathy and attitude. The sample was made up of doctors, nurses, dentists and psychologists. Finding as a result that, the average age of the participants was  $47.02 \pm 10.93$  years, also that, 51.30% presented a positive attitude; furthermore that, none of the sociodemographic characteristics evaluated showed statistical significance, and only the level of empathy was related to attitude ( $p < 0.05$ ). Therefore, it is concluded that the teachers evaluated show a positive attitude towards the elderly and that the level of empathy is proportionally related to a better attitude towards the elderly.

### **KEYWORDS:**

ATTITUDE, OLDER ADULT, TEACHERS, EMPATHY.



## I. INTRODUCCIÓN

Definir actitud ha sido un tema complejo y progresivo de la Psicología Social, es de acuerdo general definirla como las “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de *objetos de actitud*” (1). La actitud de acuerdo al modelo tripartito de variable latente propuesto por Rosenberg y Hovland resulta de la interacción de sus componentes cognitivo, afectivo y conductual, por lo cual se puede deducir que cuando el objeto de actitud es el adulto mayor, estará referida al juicio valorativo (positivo, negativo o neutro) que realizan los individuos de alguna característica de este grupo de personas (2).

Son diferentes teorías que intentan explicar la formación de la actitud, una de ellas toma en consideración al aprendizaje observacional sustentado en la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura o aprendizaje a partir de la experiencia (3), otra teoría es el modelo de aprendizaje conductista, que se fundamenta en que todo estímulo genera una respuesta, por tanto es posible obtener conductas deseables en los individuos si se utilizan los estímulos adecuados y, una tercera propuesta es la Teoría de la Consistencia Cognitiva, en el que destaca el enfoque de la Disonancia Cognitiva de Festinger, que señala que se genera motivación a fin mantener la coherencia y evitar la disonancia entre los componentes de una actitud (4).

El envejecimiento es considerado como un proceso fisiológico, universal, dinámico, multidimensional e inherente a todos los seres vivos, que inicia desde la concepción y culmina con la muerte, sus características más sobresalientes se visibilizan en la vejez, última etapa cronológica de la vida; como fenómeno, es un “constructo social” con un significado cambiante por la influencia de los elementos

de la coyuntura, tecnológica, avance de la medicina, entre otros (5).

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero tiene un mayor riesgo de asociación a problemas de salud, en el mundo aproximadamente uno de cada tres adultos mayores sufre más de una enfermedad crónica, lo cual incrementa la carga de morbilidad y ejerce una mayor presión sobre los sistemas de salud de los países, influyendo sobre ciertos indicadores de atención como: uso de los servicios de salud, costos de atención, tiempo de incapacidad, calidad de vida, tasa de efectos adversos como consecuencia de la polifarmacia y tasa de mortalidad (6). Consecuencia de ello, demanda la gestión e implementación de políticas de salud a nivel de los gobiernos que garanticen la atención y permitan la promoción del envejecimiento activo y saludable propuesto por la Organización Mundial de la Salud (7).

Sin embargo, los esfuerzos de promoción del envejecimiento saludable, se ven afectados por las actitudes negativas hacia el adulto mayor que se vienen arraigando progresivamente en la población general, Kearney y colaboradores señalaron que tanto estudiantes y profesionales de ciencias de la salud presentan cierta susceptibilidad a este fenómeno, en razón a su mayor exposición a personas mayores enfermas (8), por ejemplo si bien no es concluyente algunos estudios han determinado que los estudiantes de medicina presentan actitudes más negativas hacia el adulto mayor en comparación con la población general y que estas disminuyen a lo largo de la carrera (9, 10).

En relación al origen de las actitudes de los profesionales de la salud, es importante señalar a la teoría del ageísmo relacional que postula que la actitud negativa hacia el adulto mayor es explicable en estos profesionales porque constantemente están

absorbiendo e internalizando la cultura imperante de la sociedad acerca del modelo biomédico del envejecimiento, el cual se caracteriza por la visión negativa de este proceso considerándolo como sinónimo de enfermedad y de deterioro físico-mental, esta cultura social ageísta internalizada por los profesionales de la salud finalmente se manifestará en su práctica asistencial discriminando a los adultos mayores por su edad (11).

Se han intentado establecer factores que estén relacionados a la actitud hacia el adulto mayor en profesionales de la salud, es así que respecto al tipo de profesional que brinda la asistencia sanitaria, son los médicos y enfermeras los profesionales que presentan mayores actitudes negativas, en el caso de los médicos Meisner afirma que sus actitudes son complejas, mixtas, multidimensionales y ambivalentes, donde las actitudes negativas se asocian de modo inverso con la salud y capacidad funcional del adulto mayor y el grado de experiencia del profesional médico, mientras que las actitudes positivas se asocian con los atributos personales de los adultos mayores y el sentido de justicia social de los profesionales (11).

Otros factores evaluados son la edad y el sexo, aunque con hallazgos contradictorios que no proporcionan una evidencia contundente de la relación de estas variables con las actitudes de los profesionales de la salud hacia los adultos mayores, algunos estudios encontraron asociación significativa entre el incremento de la edad y actitud positiva hacia el adulto mayor (12,13,14,15), en cuanto al sexo algunos estudios han demostrado relación entre el sexo y actitudes negativas (12, 13,16), mientras que otros menos demostraron que son los varones quienes se relacionan con actitudes negativas (12,17,18,19).

La evidencia relaciona la capacitación gerontológica o geriátrica con las actitudes

hacia el adulto mayor, la actualización geriátrica, la cantidad de entrenamiento en cuidado del adulto mayor, meses de residencia, lugar de entrenamiento y los modelos de docentes a seguir, son factores importantes evaluados (13,20,21, 22,23, 24), en sólo dos estudios que la evaluaron como variable predictora encontraron significancia estadística, en uno de ellos se encontró que la falta de educación geriátrica formal tuvo significancia estadística pero se correlacionó débilmente con tener actitudes más negativas hacia los adultos mayores, mientras que en otro fue un predictor estadísticamente significativo pero débil de actitudes positivas (11).

Se ha evaluado la relación de la especialidad de los profesionales sanitarios y su actitud hacia el adulto mayor, en el caso de los médicos éstas pueden variar según el tipo de especialidad, en un estudio se encontró que las disciplinas médicas mostraron actitudes más positivas hacia los pacientes mayores en general que las disciplinas quirúrgicas relacionadas, aunque éstas últimas presentaron actitudes más positivas hacia el potencial terapéutico de los adultos mayores en comparación con las primeras (25), en otro estudio se encontró diferencias estadísticas significativas cuando se compararon actitudes entre Psiquiatras, Cirujanos e Internistas, siendo los primeros quienes mostraron actitudes más positivas hacia el adulto mayor (26).

En relación a otros profesionales no médicos, sólo se ha podido encontrar estudios donde se evalúa la relación entre la especialidad y actitudes hacia el adulto mayor en enfermeras (12,14), en un estudio que evaluaba un modelo predictor de actitudes hacia el adulto mayor en enfermeras ( $p < 0.05$ ), encontraron que ser especialista clínica era una variable predictora, en este mismo estudio se encontró que en relación a la actitud hacia el trabajo con paciente adulto mayor, las enfermeras de

las especialidades clínicas de salud mental y pediatría tenían menos probabilidades de informar que les gustaba trabajar con pacientes mayores que las enfermeras con una especialidad clínica.

La empatía es un constructo social multidimensional que no tiene una definición inequívoca, aplicada al campo de la salud, es definida como “un atributo cognitivo (en oposición a afectivo) que implica una comprensión de las experiencias internas y perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente” (27), de los diferentes enfoques propuestos, el Modelo Organizacional de la Empatía propuesto por Davis, concilia el aspecto cognitivo y afectivo de este constructo, considerándolo como el conjunto de construcciones relacionadas con las respuestas en una persona frente a las experiencias de otra, incluyendo los procesos que ocurren dentro del observador así como los resultados afectivos y no afectivos de tales procesos, todo esto le permitió diseñar un instrumento para evaluarla, el Interpersonal Reactivity Index (IRI) (28).

Aunque existe escasa literatura que evalúe la asociación entre empatía y actitudes hacia el adulto mayor, esa relación se ha podido demostrar a través de la verificación de una relación causal donde programas educativos encaminados a mejorar la empatía lograron una modificación de la actitud hacia el adulto mayor (29,30,31), por otro lado, en solo dos estudios se evaluó directamente la relación de los niveles de empatía y su se relacionan inversamente con la inclinación a mostrar prejuicios y actitudes negativas hacia los adultos mayores. (32, 33).

Respecto a la capacitación del profesional sanitario, se ha podido verificar estudios dirigidos a evaluar este factor en distintos niveles de formación, así en estudiantes de pregrado se encontró que el nivel de educación así como la educación geriátrica

especializada son un elemento importante capaz de cambiar la actitud profesional de los estudiantes hacia las personas que envejecen (34, 35), adicionalmente se ha encontrado que en el caso de enfermeras tituladas con educación de posgrado (tipo no especificado) tenían casi tres veces más probabilidades de reportar actitudes positivas que las enfermeras con estudios de bachillerato y diplomados, el conocimiento sobre el envejecimiento y el cuidado del adulto mayor se relacionan mejor con actitudes positivas (36).

En relación al contacto con personas adultas mayores, los resultados aún son contradictorios (12,16), en una revisión sistemática publicada por la universidad de Oxford en nombre de la Sociedad Británica de Geriatria, se encontraron resultados mixtos, dado que del total de estudios evaluados en la mitad de ellos donde evaluaron esta relación encontraron asociación principalmente relacionada a la calidad del contacto más que la frecuencia de contacto (37), por otro lado en un estudio realizado en estudiantes de enfermería encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la experiencia de vivir con personas mayores y puntajes de actitud hacia el adulto mayor más altos en la Escala de Kogan(38).

### **Planteamiento problema**

La evidencia actual es contundente al demostrar que a nivel mundial el crecimiento de la población de adultos mayores es progresivo, basta con revisar las proyecciones que tiene la Organización Mundial de la Salud sobre este fenómeno, el cual viene estrechamente asociado con un incremento en la carga de morbilidad en los sistemas de salud, traducido en indicadores como un mayor uso de los servicios de salud, mayor costo de la atención, mayor tiempo de incapacidad, inadecuada

calidad de vida, mayor tasa de efectos adversos debido a la polifarmacia y finalmente mayor mortalidad (39).

Del mismo modo, se ha demostrado la existencia de actitudes, prejuicios e imágenes negativas socialmente estereotipadas hacia el adulto mayor y al envejecimiento a todo nivel y contexto, traducidas en actos de discriminación y consecuencias negativas sobre la calidad de atención que recibe este grupo de edad, favoreciendo asimismo una autopercepción negativa de su propio envejecimiento, limitación de su autoestima, desarrollo de depresión, generación de sensación de incompreensión, inseguridad en el cumplimiento de la terapéutica indicada, que contribuyen en incremento de los indicadores de morbilidad y mortalidad asociados a este grupo de edad (27).

Se prevé que en los próximos años los sistemas de salud deberán afrontar una realidad sanitaria compleja, caracterizada por una proporción importante de adultos mayores asociada a su alta carga de morbilidad principalmente de tipo crónico y, una creciente tendencia de los profesionales de salud a mostrar actitudes negativas hacia este grupo poblacional, razones suficientes que obligan a buscar mecanismos que permitan atenuar esta futura realidad. Es relevante por tanto describir cómo son las actitudes hacia el adulto mayor en docentes universitarios y evaluar si existen algunas características relacionadas con esta actitud, no solo a nivel del estudiante como se viene evaluando, sino también a nivel del profesional de salud, de acuerdo a la bibliografía revisada hasta la fecha no hay datos concluyentes respecto a qué características se asocian con la actitud hacia el adulto mayor.

En este contexto y dada la importancia de poder contar con información local de este fenómeno, nos lleva a formular la siguiente pregunta: ¿Cuál es la actitud hacia

el adulto mayor en docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una universidad privada de Chiclayo?, se espera que exista presencia de actitudes desfavorables hacia el adulto mayor entre los profesionales docentes de ciencias de la salud y que ciertas características sociodemográficas y el nivel de empatía muestren algún tipo de relación con las actitudes hacia el adulto mayor.

### **Justificación**

La expectativa presentada en los párrafos anteriores, deja en evidencia los problemas para las generaciones venideras sobre cómo afrontar la atención de salud en una población cada vez de más edad, esta investigación es necesaria porque a partir del reconocimiento de los factores que se asocian a las actitudes negativas hacia el adulto mayor, es posible tener puntos de partida para estudios de causalidad y paso siguiente será posible diseñar estrategias de intervención a fin de poder modificar dichas actitudes.

Dos hechos importantes motivan esta investigación, por un lado los resultados de las investigaciones que abordan el reconocimiento de factores asociados a la actitud, muestran algunos resultados no concluyentes, por otro lado dichas investigaciones están dirigidas a los estudiantes de las carreras de salud (sean de pregrado o postgrado) y no han sido evaluados los otros actores del proceso enseñanza aprendizaje: los docentes universitarios, tomando en consideración que en la medicina gran parte del aprendizaje es por imitación – aprendizaje vicario- y se corresponde a lo que Philip W. Jackson denomina “*currículo oculto*”, sus actitudes y conductas que muestren hoy, influirá de modo importante en las actitudes y conductas futuras de los futuros profesionales (40).



El conocimiento de las actitudes hacia el adulto mayor que muestren los docentes profesionales de Ciencias de la Salud, así como de las características sociodemográficas y su nivel de empatía, será insumo para futuras investigaciones que se encaminen a corroborar los hallazgos e investigar los mecanismos que subyacen, así como las posibles mecanismos de intervención a fin de poder contrarrestar este fenómeno, de tal modo que será posible actuar sobre los dos principales actores del proceso enseñanza aprendizaje en salud.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo primario:**

Analizar las actitudes hacia el adulto mayor de los docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una universidad privada de Chiclayo.

### **Objetivos secundarios:**

1. Determinar la actitud hacia el adulto mayor en docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una universidad privada de Chiclayo.
2. Describir las características sociodemográficas y el nivel de empatía en docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una universidad privada de Chiclayo.
3. Evaluar si existe diferencia significativa entre las categorías de las variables sociodemográficas y nivel de empatía con la actitud hacia el adulto mayor en los docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una universidad privada de Chiclayo.

### **III. METODOLOGIA**

#### **Diseño del estudio.**

La investigación realizada corresponde con un estudio observacional, descriptivo – transversal.

#### **Población.**

La población en estudio corresponde a 259 docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una Universidad privada de la Ciudad de Chiclayo, Departamento de Lambayeque que desarrollaron actividades académicas durante los semestres 2020-II y 2021-I.

La muestra se considera censal pues incluyó la participación de la totalidad de los integrantes de la población al considerarla un número manejable de sujetos.

Se procedió a enviar el consentimiento informado y los instrumentos a través de correo electrónico a todos los docentes, sólo respondieron 165 de ellos (tasa de respuesta de 63.71%), de los cuales 10 no cumplían con un criterio de inclusión (declararon no trabajar con adultos mayores) y 01 docente cumplía criterio de exclusión (se encontraba con licencia laboral).

#### *Criterios de inclusión.*

- Docente con profesión en Medicina Humana, Enfermería, Odontología y Psicología, adscritos a la Facultad de Medicina.
- Docente que desarrolla labor asistencial con el adulto mayor.

#### *Criterios de exclusión*

- Docente que no otorgue el consentimiento informado y/o no desee participar del estudio.
- Docente con licencia laboral.

- Docente que se encuentre con descanso médico.
- Docente que no complete todos los ítems de los instrumentos administrados.

### Procedimientos y técnicas

En el presente estudio se procedió a seguir los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización e información a la Dirección de Asuntos Docentes de la universidad señalada.
- Como técnica de campo se aplicó una encuesta online, para ello se utilizó una encuesta sociodemográfica elaborada por el investigador, una escala para evaluar las actitudes hacia el adulto mayor de Kogan y otra escala para evaluar la empatía médica de Jefferson.
- Con la información proporcionada se procedió a la aplicación de la encuesta online, a través de un email inicial se invitó a todos los docentes a participar de manera voluntaria en el estudio, quince días después se procedió a enviar un segundo email reiterando la invitación, quince días después se procedió a cerrar la recolección de datos. El email incluía una breve reseña y detalles de la investigación, a través de un link se direccionó al consentimiento informado, aceptado el mismo, se mostraban los tres cuestionarios, caso contrario regresaba al inicio de su navegador, el tiempo promedio considerado para el desarrollo de los cuestionarios fue de 20 minutos, al término de la cual se adjuntó un mensaje de agradecimiento.
- Previo al análisis de los datos se procederá a verificar los criterios de inclusión y exclusión.

### **Instrumentos**

### *Escala Empatía Médica de Jefferson (JSE versión HP)*

Esta escala permite medir las orientaciones o actitudes de los profesionales de la salud hacia las relaciones empáticas en el marco de la atención al paciente, es un instrumento de amplio uso que actualmente se utiliza en más de 42 países y ha sido traducido a 60 idiomas. La versión original está en inglés (27).

La escala fue validada al español por Alcorta–Garza et al. consta de 20 ítems, con una escala de respuestas tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 7 = totalmente de acuerdo). Diez de los 20 ítems se valoran negativamente (y se rectifican positivamente en el análisis posterior), a fin de reducir el sesgo de aquiescencia al responder (41). El rango de puntajes posibles va de 20 a 140 puntos. Los puntajes más altos están asociados con un mayor nivel de empatía. Aunque en el estudio original no se especifica límite de tiempo, generalmente se responde en un tiempo menor a 5 minutos.

Las propiedades psicométricas de versión adaptada al español, fueron confirmadas, demostrando mediante análisis factorial confirmatorio su validez de constructo, tres factores consistentes con la noción de la multidimensionalidad de la empatía: toma de perspectiva, conformado por 10 elementos redactados positivamente; atención compasiva, integrado por ocho elementos redactados negativamente, y el factor colocarse en los zapatos del paciente, conformado por otros dos elementos redactados negativamente. Respecto a la fiabilidad, se encontró un alfa de Cronbach para toda la muestra fue de 0,84 (41).

En esta investigación se identificó que el instrumento posee evidencias de validez basada en la estructura interna; para ello, se probaron dos modelos

mediante el análisis factorial confirmatorio, el primero contempló todos los ítems agrupados en tres dimensiones (toma de perspectiva, atención compasiva y ponerse en los zapatos del paciente) (véase tabla 1), este modelo obtuvo índices de ajuste aceptables para las tres dimensiones (CFI= 0.956; SRMR=0.079; RMSEA= 0.73), sin embargo, la carga factorial del ítem 18 resultó ser muy baja (-0.193). Ante esta situación se probó el primer modelo (con tres dimensiones) eliminando el ítem 18 obteniendo índices de ajuste aceptables (CFI=0.956; SRMR=0.077; RMSEA= 0.0789) (véase tabla 2 y tabla 3). La fiabilidad fue revisada mediante el método de consistencia interna de Alfa de Cronbach, obtenido resultados adecuados para el primer modelo ( $\alpha= 0.794$ ); sin embargo, con el segundo modelo la fiabilidad mejoró ( $\alpha= 0.804$ ) (véase Tabla 4). Finalmente, se establecieron puntos de corte mediante percentiles.

*Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor (KAOP; Kogan, 1961).*

Es un instrumento de auto reporte, que consta de 34 enunciados relacionados con afirmaciones hacia las personas mayores, cuenta con el mismo número de enunciados positivos y negativos (17 por cada uno), en nuestro estudio se utilizó la adaptación realizada en Perú por Sampén et al. posee una escala de respuesta de seis puntos (1= Muy en desacuerdo, 2=Un poco en desacuerdo, 3=En desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5=Un poco de acuerdo, y 6=Muy de acuerdo), las calificación mínima es de 34 y la máxima es de 204, puntuaciones más altas indican actitud más positiva hacia el adulto mayor. En su versión original, es una medida unidimensional; sin embargo, existen algunos estudios que han intentado establecer multidimensionalidad. (42,43). Hasta la fecha existen un gran número de estudios que respaldan su utilidad, y se ha traducido a muchos idiomas.

Sampén et al., demostraron su validez de contenido, realizada sobre la base de la valoración por juicio de expertos. Respecto a la fiabilidad, el índice de alfa de Cronbach resultó adecuado ( $\alpha=0,82$ )(44). Debido a su escasa consistencia reportada en los estudios respecto al número de dimensiones, se asume en este estudio la unidimensionalidad de la versión original; en este contexto, para su calificación, los ítems inversos serán recodificados como positivos.

#### *Cuestionario de datos sociodemográficos*

Adicionalmente se elaboró un instrumento para recolectar la información de las características sociodemográficas como: profesión, sexo, edad, formación postítulo, formación gerontológica formal, años de experiencia profesional, convivencia con el adulto mayor, segunda especialidad, y nivel del establecimiento donde labora.

#### **Consideraciones éticas**

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. A través de correo electrónico se realizó la invitación y se adjuntó el consentimiento informado, aceptado este se permitió al acceso a los cuestionarios. La confidencialidad fue asegurada para toda la información obtenida. El estudio no recibió financiamiento externo. El autor no declara ningún conflicto de interés en este trabajo.

#### **Plan de análisis**

La base de datos obtenida de la recolección de información fue ingresada al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26, donde se realizó la categorización de las siguientes características: edad, años de desempeño profesional, años de egreso de maestría y especialidad, años de convivencia con

adulto mayor) y tipo de especialidad, en el caso de la edad se tomó en consideración las etapas de vida consideradas por el Ministerio de Salud, mientras que en el resto de las variables se categorizó en base a percentiles.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva: media aritmética, desviación estándar, para la comparación de grupos entre cada una de las variables categóricas y la variable dependiente actitud hacia el adulto mayor (como variable discreta) medida a través de la Escala de Kogan, aplicando para variables nominales con dos categorías la prueba U de Mann – Whitney para muestras independientes y en el caso de variables categóricas ordinales y nominales con tres o más categorías el test de Kruskal- Wallis para muestras independientes, en ambos casos la evaluación se realizó con un nivel de significancia del 5%.

Para presentar e interpretar los datos obtenidos y de acuerdo al análisis realizado se procedió a elaborar una tabla con las variables demográficas (frecuencia y porcentajes) de la muestra, adicionalmente se elaboró una tabla para mostrar los resultados del análisis bivariado.



#### **IV. RESULTADOS**

Se presentan los resultados de la evaluación a 154 docentes adscritos a la facultad de medicina de una universidad privada y que corresponde aquellos que respondieron los cuestionarios enviados por correo electrónico en el periodo de mayo- junio 2021 y que cumplieron con los criterios de selección. Los resultados obtenidos con la Escala de Kogan para medir actitudes hacia el adulto mayor observados en el Gráfico 1, muestran que el 51.30% de los docentes evaluados mostraron un actitud positiva hacia el adulto mayor, siendo la media en la puntuación de la Escala de Kogan de 135.25 (DS  $\pm$ 12.467, min: 100 – max: 168). En la Tabla 5 se presentan las características sociodemográficas de los docentes, siendo la edad promedio de los participantes fue 47.02  $\pm$  10.93 años (min:28 – max:71), tomando en consideración la clasificación de etapas de vida del Ministerio de Salud, el grupo de los jóvenes (18 a 29 años) es el menos frecuente con 1.30%, siendo el grupo de adultos (30 a 59 años) el más numeroso con 82.47%, el 51.3% de los participantes fueron de fueron de sexo masculino, fueron los médicos el grupo profesional participante más frecuente con 64.29% del total de la muestra y el menos frecuente el de los Odontólogos con 8.44%, adicionalmente el 68.2% declaró laborar en otra institución educativa de nivel superior.

En relación a las características de formación y capacitación, se puede observar que el 53.9 % de los docentes declararon contar con estudios de Maestría y sólo el 18.18% con estudios de Doctorado y el 83.1% cuenta con una especialidad, siendo las especialidades no quirúrgicas las más frecuentes (67.19%), además el 57.79% cuenta con estudios de “especialidad y posgrado” y sólo el 1.3% no contaba con ningún tipo de estudio de postgrado, así mismo el 86.4% declaró no contar con

educación geriátrica formal, es decir aquella que hace referencia a la educación presencial u online que resulte en una certificación, grado u otra calificación reconocida.

En relación al tipo de establecimiento de salud donde labora el docente, el 74% declaró laborar en algún establecimiento categorizado, en relación a la categoría nivel del establecimiento de salud en el que laboran se tomó en consideración la clasificación de la Norma Técnica de Categorización de establecimientos de salud del MINSA, en la Tabla 5 se observa que el mayor porcentaje que declararon laborar en algún establecimiento de salud categorizado correspondía al nivel III (49.12%), adicionalmente el 43.51% de los docentes declaró tener principalmente entre “1 a 16 años” de desempeño profesional.

En relación a las características temporales de egreso de los programas de postgrado, aquellos que declararon tener entre “11 a más años” de egreso de la especialidad fue el grupo más frecuente (39.1%) seguido del grupo entre “5 a 10 años” con 35.9% y, el mayor porcentaje de los que cursaron un programa de maestría tienen entre “1 a 6 años” de egreso (43.24%) seguido por el grupo de “10 años a más” (33.33%).

En cuanto a las características sobre su relación con un adulto mayor, el 79.9 % de los docentes declararon convivir o haber convivido con al menos un adulto mayor en su vida, de los cuales el 64.23% declaró principalmente un periodo de convivencia comprendido entre “1 a 15 años” y el 63.4% señalaron participar de la manutención del adulto mayor; en la tabla 6 se puede observar el nivel de empatía de los docentes evaluados a través de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (vHP), el 47.4% presenta una nivel de empatía medio y solo el 25.32% muestra

un nivel de empatía bajo.

Respecto a los porcentajes de actitud hacia el adulto mayor que muestran los docentes según característica evaluada son mostradas en la tabla 7, respecto a la actitud de acuerdo a su etapa de vida, se puede observar que los porcentajes de actitud negativa, son más altos en el grupo de “60 años a más” con un 68%, por el contrario, el porcentaje de actitud positiva, es mayor en el grupo de jóvenes (“30 a 59 años”) el que mostró un 55.12%. Tanto los docentes de sexo femenino y masculino mostraron una actitud positiva hacia el adulto mayor (50.67% y 51.90% respectivamente), comparativamente fueron las docentes de sexo femenino las que porcentualmente mostraron una actitud negativa, por su parte el grupo de docentes de sexo masculino fueron los que porcentualmente mostraron una actitud positiva (51.90% vs 50.67%).

Los grupos profesionales que mostraron porcentualmente actitud negativa hacia el adulto mayor, fueron las licenciadas en Enfermería y Médicos (55.56% y 49.49% respectivamente), mientras que los grupos profesionales que mostraron porcentualmente una actitud positiva hacia el adulto mayor es del de los Psicólogos y Odontólogos (69.23% y 53.33% respectivamente).

Los docentes que declararon contar con estudios de Maestría mostraron porcentajes altos de actitud positiva hacia el adulto mayor (53.01%), mientras que aquellos que declararon sólo grado de Bachiller muestran porcentajes más altos de actitud negativa (51.16%), obteniendo resultado equiparables de actitud para los docentes que declararon contar con estudios de doctorado (50%); en ambos grupos (“No” y “Si” contaban con educación geriátrica formal) mostraron principalmente una actitud positiva hacia el adulto mayor (51.13% y 52.38% respectivamente), siendo

discretamente algo mayor en el segundo grupo.

El grupo de docentes que no contaba con especialidad mostró porcentajes más altos de actitud negativa (70.83%), mientras que el grupo que cuenta con especialidad mostraron principalmente una actitud positiva hacia el adulto mayor (55.38%), respecto al tipo de especialidad ambos grupos (No quirúrgica y quirúrgica) mostraron una actitud principalmente positiva (50.57% y 65.12%), siendo este último grupo el que tuvo el porcentaje más alto; los docentes que cuentan con Especialidad y Posgrado mostraron actitud positiva (58.43%), mientras que aquellos que tienen solo estudios de posgrado porcentajes más alto de actitud negativa (72.73%).

Los docentes que declararon laborar en un establecimiento categorizado mostraron preferentemente actitud positiva hacia el adulto mayor (52.63%), mientras que aquellos sólo laboraron en consultorio privado mostraron principalmente una actitud negativa (52.50%), de acuerdo a la categoría del establecimiento los docentes que laboran en un Nivel I mostraron principalmente una actitud positiva, mientras que aquellos que laboran en un Nivel II y III mostraron una actitud negativa (48.48% y 48.21% respectivamente), en cuanto a años de desempeño profesional el grupo “Mayor a 30 años” mostró principalmente una actitud negativa 60.61%, mientras que el grupo de “16 a 29 años” fue el que mostró una actitud positiva (59.29%).

En cuanto a las características relacionadas con el adulto mayor, los docentes que declararon “No” convivir con un adulto mayor, mostraron preferentemente una actitud negativa (58.06%), mientras que aquellos que “Si” convivieron muestran una actitud positiva (53.66%), en este último grupo, los docente que declararon un

tiempo de convivencia entre “16 a 30 años” mostró preferentemente una actitud negativa (60%) y el grupo de “1 a 15 años” presenta porcentajes mayores de actitud positiva (58.23%), aquellos que no declararon participar en la manutención del adulto mayor presentaron una actitud preferentemente positiva (60%), mientras que el grupo si lo hicieron mostraron porcentajes equiparables de actitud positiva y negativa (50%).

Respecto al nivel de empatía evaluada a través de la Escala de Empatía Médica de Jefferson puede ser observada en la tabla 8, existe aparente relación inversa entre el nivel de empatía y la actitud hacia el adulto mayor, encontrándose porcentajes elevados de actitud negativa en el grupo de empatía baja (66.67%), mientras que aquellos con un nivel de empatía alto mostraron preferentemente actitudes positivas hacia el adulto mayor (66.67%).

Se realizó la evaluación de los valores obtenidos para la variable dependiente actitud hacia el adulto mayor, para determinar si proceden de una distribución normal, por ello se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyos resultados se muestran en la tabla 9 (ver anexos), donde puede observarse que el valor de  $p=0.00$ , como es menor de 0,05 se rechaza  $H_0$ , o sea, la variable dependiente actitud hacia el adulto mayor no sigue una distribución normal y, en consecuencia, se procedió aplicar pruebas no paramétricas para el contraste estadístico.

Se realizó un análisis bivariado entre las características sociodemográficas y nivel de empatía con la actitud hacia el adulto mayor, esta última como variable cuantitativa discreta, se aplicó para variables nominales con dos categorías la prueba U de Mann – Whitney y en el caso de variables categóricas ordinales y nominales con tres o más categorías el test de Kruskal- Wallis, en ambos casos se

realizó con un nivel de significancia del 5%, los resultados se muestran en la Tabla 10 y 11 (véase anexos), encontrándose significancia estadística ( $p < 0.05$ ) solo en una de las características evaluadas: nivel de empatía ( $p = 0.003$ ), mientras se encontró cierto comportamiento tendencial con las características “Edad”, con “Especialidad” y “estudios de Maestría y especialidad” que mostraron valores  $p$  algo mayor a 0.05, pero menores a 0.1.

En relación a la tabla 12 se puede observar la comparación por parejas del nivel de empatía de cada grupo, considerando la mediana de los valores obtenidos a través de la Escala de Kogan de cada grupo, la comparación de los grupos empatía baja-empatía alta, presentan significancia estadística  $p < 0.05$ , lo que obliga a rechazar la hipótesis nula, concluyendo que las distribuciones de ambos grupos son diferentes.

## V. DISCUSION

La Organización Mundial de Salud ha reconocido que las actitudes negativas hacia el adulto mayor constituyen un problema de salud pública relevante, habiéndose asociado con la predisposición a experimentar disminución de su capacidad funcional, riesgo de sufrir depresión, mala calidad de vida y mayor mortalidad (45).

Los docentes participantes mostraron de modo general una actitud positiva hacia el adulto mayor (53.9%), resultados que concuerdan con los obtenidos en dos estudios realizados en nuestro país, Sampén et al. y Ortiz et al. evaluaron personal de salud en Tumbes y Lima (44,46), encontrando el 59% y más del 97.2% de actitudes positivas respectivamente (45, 47), diferencia porcentual que podría ser explicada por un lado, por el grado de capacitación de los profesionales en Lima: la complejidad de sus hospitales, la mejor implementación de servicio geriátricos, mayor casuística y mayor oferta de cursos, marcan una diferencia respecto a la capacitación de los de profesionales de provincia; por otro lado, un establecimiento de menor nivel de atención, podría compensar esta menor capacitación por una mejor relación con el adulto mayor que se traduce en una mejor actitud.

A nivel internacional diferentes estudios han evaluado de manera conjunta las actitudes de diferentes profesionales de la salud en diferentes contexto (de profesión, nivel de atención, aplicación de diferentes instrumentos de evaluación) encuentran hallazgos inconsistentes, aunque con una discreta tendencia a favor de los estudios que muestran preferentemente actitudes positivas (13, 47, 48, 49), sobre aquellos que demuestran actitudes negativas hacia el adulto mayor. (8,17, 18, 19)

Cuando se confrontó los rangos de edad con las actitudes hacia el adulto mayor a

través del análisis bivariado, no se encontró significancia estadística, si bien la bibliografía revisada no es concluyente en este aspecto, una mayor edad del profesional de la salud se ha correlacionado en algunos estudios con una actitud más positiva hacia los pacientes mayores (12, 13,14,18), aunque la relación inversa también ha sido demostrada (13,15), pero, la mayor parte de los estudios no encontraron esa relación, lo que resulta congruente con lo encontrado en nuestro estudio (11, 24, 44, 46) . Se ha demostrado que las actitudes negativas hacia el adulto mayor correlacionan bien con una mayor ansiedad al envejecimiento en el personal de salud (11), el hallazgo de una actitud más negativa encontrada en el grupo de “60 años a más”, puede ser explicado en estos términos, pues este grupo de edad se encuentra experimentando el pico de ansiedad por el envejecimiento, motivada en parte por la expectativa y cambios que puede generar el proceso de jubilación (50).

No se ha demostrado relación entre el sexo de los participantes y las actitudes hacia el adulto mayor en el análisis bivariado, aunque se encontró un porcentaje discretamente mayor en los participantes de sexo masculino, estos resultados están en congruencia con la falta de asociación de estas variables reportada en varios estudios (11, 12, 44, 47, 48), de los cuales Sampén et al. y Rashedi et al. también reportaron una mejor actitud en los profesionales varones en comparación con las mujeres, algunos estudios han señalado relación significativa entre sexo masculino y actitudes (12, 17, 19) , otros estudios han reportado que asociación entre el sexo femenino y actitud hacia adulto mayor (12,13, 18, 37).

En nuestro estudio, este hallazgo podría estar relacionado con la carga de responsabilidad familiar que deben asumir las mujeres, en nuestra cultura son



quienes mayormente asumen el cuidado de los adulto mayores (padres biológicos y/o políticos) y la crianza de sus hijos, dado el rol de cuidadora y crianza que tradicionalmente impone la sociedad, todo esto puede favorecer el desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes mayores, carga que es menor en varones que tradicionalmente, son considerados los principales proveedores del sustento económico familiar.

Son pocos los estudios donde se evalúan comparativamente las actitudes hacia el adulto mayor entre los profesionales de la salud, nuestro estudio no encontró diferencia significativa entre las puntuaciones de la Escala de Kogan obtenidas por los distintos profesiones, resultados que son congruentes con los hallazgos de Ortiz et al. (46), Hernández V. (52) y Oral et al. (53), quienes inicialmente encontraron diferencia significativa entre los grupos profesionales que evaluaron (médicos, enfermeras y otros profesionales) en un Hospital Universitario de Erciyes en Turquía, pero luego de realizar corrección de acuerdo al nivel de educación, esta diferencia desapareció.

Los docentes médicos y enfermeras presentaron mayores porcentajes de actitud negativa, estos hallazgos no son extraños, tomando en consideración la Teoría del Ageísmo Relacional, estos profesionales tienen una experiencia sesgada con los adultos mayores, porque en su práctica diaria evalúan y manejan aquellos que se encuentran más frágiles y enfermos, estando más expuestos a esta imagen negativa del adulto mayor (11), adicionalmente casi siempre se enfrentan al doble desafío de enfrentar no solo a las demandas terapéuticas y actitudinales del paciente sino también a la de los familiares y, considerando que este tipo de competencia no forma parte de las mallas curriculares, no están capacitados para trabajar

adecuadamente con la familia del adulto mayor enfermo(54), consideraciones que contribuirán a determinar el tipo de actitud hacia el adulto mayor que se genera en estos grupos profesionales.

Tomando como sustento el Modelo de las dimensiones de la identidad personal en el área de trabajo formulada por Arredondo, los psicólogos son considerados profesionales multiculturalmente competentes, capaces de comprender mejor a los pacientes de otras culturas y áreas específicamente desarrolladas de la conciencia y del conocimiento, con gran habilidad en el tratamiento de diversos tipos de pacientes, es por ello son considerados los profesionales mejor capacitados para el abordaje de adultos mayores y como consecuencia los que tenderían a tener una mejor actitud hacia ellos (55).

De los diferentes grupos profesionales de la salud, existe evidencia que señala que las profesionales en enfermería constituyen el grupo con conocimientos menos precisos del proceso del envejecimiento, presentan mayor ansiedad por el envejecimiento y por la muerte (54, 56) subestiman la atención del adulto mayor especialmente en los cuidados paliativos, considerando estos procedimientos indeseables e inútiles, así mismo se ha evidenciado que algunos profesionales de enfermería declaran sentir menos compromiso emocional al cuidar adultos mayores frágiles en unidades críticas (57), adicionalmente en un análisis del ageísmo en enfermería, se afirma que la discriminación por edad está arraigada en la cultura profesional de las enfermeras en forma de una preferencia por trabajar con pacientes más jóvenes, todas estas condiciones podrían explicar la actitud negativa de las docentes enfermeras encontrada en nuestro estudio (58).

La categorización de los establecimientos de salud, en nuestro país está regulada

por disposiciones gubernamentales y está determinado por su nivel de complejidad, de modo específico depende de la capacidad de resolución del recurso humano, infraestructura física, complejidad de equipamiento y responde a una determinada realidad socio sanitaria, es así que el nivel I cuenta con profesionales sin especialidad, atendiendo patología básica a diferencia de los niveles superiores que cuentan con personal más calificado, mayor número de camas de internamiento y mayor equipamiento (59), en nuestro estudio no se encontró significancia estadística al comparar tanto el tipo como la categoría del establecimiento de salud donde labora el docente, resultados concordantes con dos estudios que comparan el tipo de hospital en que laboran los profesionales y su actitud hacia el adulto mayor (49, 60).

Adicionalmente, se observa que los profesionales que laboran en un I nivel de atención presentan mejor actitud, condiciones propias de este nivel como su fácil acceso para el adulto mayor, mayor frecuencia de uso de los servicios, mejor conocimiento del historial médico como personal, las visitas domiciliarias como parte de algunos programas de salud, favorecen una relación casi personalizada que predisponen a una mejor actitud de sus profesionales, lo cual contrastaría con la realidad de los hospitales de mayor nivel, los cuales por su especialización son referenciales y con una mayor demanda tienden a mantener una relación más distante con los pacientes, nuestros resultados se correlacionan con dos estudios en Irán e Australia (48, 61) donde encontraron que los profesionales que laboran en centros de atención primaria y rurales tenían mejor actitud y menos prejuicios que aquellos que laboran en hospitales de mayor complejidad o áreas metropolitanas. Un hallazgo interesante observado en los resultados se relaciona con el

establecimiento en que labora el profesional docente, se observa que aquellos que laboran en establecimientos de MINSA o EsSalud presentan un mayor porcentaje de actitud positiva hacia el adulto mayor, lo cual podría estar influenciado por el nivel de capacitación de estos profesionales, que congregan al mayor porcentaje de profesionales que cuentan con “Especialidad y Posgrado” y “Solo Especialidad” y, además tienen entre “1 a 4 años de egreso de especialidad, ambas características en nuestro estudio presentan porcentajes altos actitud positiva hacia el adulto mayor. En nuestro país un estudio comparativo entre profesionales que laboran en tres hospitales nivel III de la ciudad de Lima no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la actitud hacia el adulto mayor, pero se resalta la alta proporción de actitud positiva obtenida cuando los compara con los resultados de un primer nivel de atención (46). Comparando el valor promedio en la Escala de Kogan obtenidos en el primer nivel de atención de nuestro estudio con el de los hospitales nivel III del estudio de Lima, observamos que es mayor (135 vs 126 respectivamente), si bien no es posible compararlo estadísticamente, esta observación estaría a favor de nuestros resultados, dicha diferencia se mantiene al comparar los datos entre los profesionales que laboran sólo en el nivel III de ambos estudios, surge la inquietud si existe diferencia entre las actitudes de los profesionales que laboran en Lima y provincia.

En nuestro País con la entrada en vigencia de la Nueva Ley Universitaria 30220, se ha condicionado modificaciones para el ejercicio de la docencia, tal como el contar con grado mínimo de Maestría y en caso de los médicos el contar con un título de especialidad escolarizada, es por ello que en nuestros resultados el porcentaje de bachilleres es algo elevado (27.92%), explicable por el hecho que el mayor

porcentaje de ellos son médicos (79.06%) y los restantes se encuentran realizando estudios Maestría a la fecha de la recolección de datos, pero que ingresaron antes de la entrada en vigencia de la Ley señalada.

Si bien el análisis bivariado de Formación Postítulo y actitudes hacia el adulto mayor, en nuestro estudio no fue estadísticamente significativo, la evidencia actual tampoco es concluyente respecto a que si el nivel de educación postítulo es determinante en las actitudes hacia el adulto mayor (11, 12, 37, 51), de la observación de nuestros resultados se podría deducir que el contar con mayor nivel de educación postítulo (Postgrado y Especialidad) facilitó una mejor actitud hacia el adulto mayor, lo cual está en coherencia con estudios citados en sus revisiones por Inker J. y Liu et al, que consideran que un mayor nivel de educación se asocia con actitud positiva, así mismo, se ha observado que el tiempo, cantidad y lugar de entrenamiento especializado facilitan actitudes más positivas en los profesionales (15), y que enfermeras tituladas con educación de posgrado, tenían más probabilidades de reportar actitudes positivas que aquellas con estudios de bachillerato y diplomados (36).

La combinación de estudios de Especialidad y Posgrado, pareciera tener un efecto sumativo que potencia las competencias que ambos tipos de programas desarrollan en los estudiantes, se conoce que los estudios de posgrado desarrollan competencias en áreas temáticas afines a la profesión y principalmente en áreas de investigación, mientras que los programas de especialización se corresponden principalmente con el entrenamiento técnico y práctica hospitalaria de un área particular de la profesión (62, 63), efecto que al parecer favorece la gestión del conocimiento (64) y experiencia profesional de los docentes y los predispone a una mejor actitud hacia

el adulto mayor.

En nuestro estudio el contar con especialidad es un factor que al parecer facilita actitudes positivas hacia el adulto mayor, mucho más si esta es de tipo quirúrgica, si bien existe poca información donde se compare los diferentes tipos de especialidades de los profesionales docentes, nuestro hallazgo guarda cierta similitud con los encontrados por Hellbusch et al. quien al comparar diferentes especialidades médicas con la actitud si bien no encontraron diferencia significativa, al revisar los promedios de la escala de Kogan obtenidos, las especialidades quirúrgicas obtuvieron una mejor puntuación que las clínicas (65) y con los resultados de Hweidi I.M. et al. quienes demostraron significativamente actitudes más positivas en enfermeras con especialidades quirúrgicas (66).

Por otro lado, nuestro hallazgo se contrapone a los hallazgos de Lewis et al., quienes demostraron actitudes más positivas entre las disciplinas clínicas hacia los adultos mayores en general en relación a las disciplinas quirúrgicas relacionadas, aunque en éstas últimas fueron más positivas cuando se consideró solo la categoría potencial terapéutico de los adultos mayores (25), otro estudio también encontró diferencias estadísticas significativas cuando se compararon actitudes entre 2 especialidades médicas (psiquiatras y médicos internistas) y Cirujanos, siendo los primeros quienes mostraron actitudes más positivas hacia el adulto mayor (26), respecto a enfermería dos estudios encontró que aquellas que contaban con la especialidad clínica se convirtió en predictor de actitudes positivas (36).

La actitud hacia el adulto mayor podría verse influenciada por factores internos y externos, en el caso de los factores internos se ha establecido que ciertos rasgos de la personalidad estarían asociados a las actitudes positivas hacia el adulto mayor,

de acuerdo a Catell serían: rasgos de baja ansiedad, rasgos de intuición sensitiva, los rasgos de habilidad intelectual (67); aunque la evaluación de la personalidad de los profesionales de la salud ha evidenciado heterogeneidad de resultados, existen ciertas diferencias en sus rasgos de personalidad específicamente entre las especialidades médicas, señalando que los cirujanos son significativamente más concienzudos y extravertidos, y significativamente menos agradables en comparación con los no cirujanos (68), algunas de estos rasgos pueden estar en línea con los rasgos de Catell y que consideramos es materia de una mayor estudio. Un factor externo, puede estar en relación con las características del adulto mayor, pues las especialidades clínicas están más expuestas al manejo de pacientes adultos mayores complicados, con tiempos de recuperación lentos y demandan mayor dependencia del profesional, mientras que las especialidades quirúrgicas están más expuestas adultos mayores con estancia de corta duración, menos complicados y probablemente de menor edad (esto último en relación a la valoración pre quirúrgica), de tal modo que las características de los pacientes se relacionarían con la imagen que el médico percibe de sus paciente y que de acuerdo a la teoría del ageísmo relacional es importante en la actitud generada en el profesional de la salud (66).

El análisis bivariado de las características “convivencia con adulto mayor” y “años de convivencia con el adulto mayor”, no encontró significancia estadística, resultados se enmarcan dentro de la evidencia que aún controversial sobre esta relación (12, 16, 37, 51), nuestros resultados sugieren que la convivencia facilitaría mayores porcentajes de actitud positiva, los estudios principalmente se han encaminado a evaluar factores como la frecuencia del contacto y tipo de

parentesco, encontrando que una mayor frecuencia de contacto, el contacto con abuelos y otras personas mayores cercanas facilitaron actitudes más positivas (37); adicionalmente se ha evidenciado menor puntaje en la Escala de Kogan cuando el participante tenía un contacto en su centro laboral más frecuente con adultos mayores, lo cual evidencia que la imagen del adulto mayor enfermo y dependiente afectan su actitud (69, 70).

De acuerdo a nuestro estudio parecer ser que un mayor tiempo de convivencia, facilita una menor actitud positiva hacia el adulto mayor, considerando la edad de los participantes (aproximadamente el 83.77% son menores de 60 años) y si bien no se evaluó el parentesco, es posible pensar que el adulto mayor de contacto son los padres, abuelos o padres políticos, es posible inferir que la mejor actitud mostrada en los primeros años se sustenta en la imagen del adulto mayor con un grado de funcionalidad aceptable, poco dependiente y con menor morbilidad, con el paso del tiempo y por el proceso de envejecimiento per se (71), esta imagen se volvería negativa, la discreta mejora observada después de los 30 años a más de convivencia, podría estar justificada por los sentimientos positivos que afloran ante la cercanía del fin de la vida de un ser querido.

Así mismo, no se encontró significancia estadística entre Participar de la manutención del adulto mayor y actitudes hacia ellos, nuestra observación es que los docentes que no participan de la manutención del adulto mayor con el cual conviven o convivieron, presentan mayor posibilidad de tener una actitud positiva hacia él, aunque esta variable no ha sido investigada, se tratará de explicar, actualmente se conoce que un elevado porcentaje de adultos mayores no están incluidos en algún sistema de pensiones (94,71% de las mujeres y el 78,57%



varones) (72), como consecuencia deben contar con algún tipo de apoyo social familiar, dos razones importantes fomentan esta situación por un lado la piedad filial y por otro que los recursos de apoyo no familiares (cobertura de pensiones y programas de apoyo social al adulto mayor privados o gubernamentales) son limitados (73), por tanto, los familiares directos (hijos, nietos) juegan un rol necesario para la manutención del adulto mayor.

Las relaciones familiares intergeneracionales se han estudiado como sustento para las transferencias de apoyo social hacia el adulto mayor, se ha observado que el afecto intergeneracional, la obligación filial, la expectativa de herencia, contacto social y el sexo del hijo como de los padres, son factores que pueden predecir el apoyo social familiar al adulto mayor, dividiéndose esta última principalmente bajo dos formas: el apoyo económico y la co-residencia, siendo la primera de ellas muy importante no solo para los gastos de alimento y vestido, sino también los de atención médica que requiera el adulto mayor (74).

Llama la atención que un alto porcentaje de docentes que participan de la manutención presentan actitudes negativas hacia el adulto mayor, esto podría ser explicado a través de la obligación filial (solidaridad normativa) e interés propio de los hijos, que contribuyen a la manutención del adulto mayor más por servicio y egoísmo que basados en el afecto y sentimiento, estos últimos relacionados con la piedad filial (solidaridad afectiva), que se sustenta en el afecto intergeneracional, el cual es proporcional a la calidad de la relación íntima-emocional entre padres e hijos, de lo señalado se puede deducir que los docentes que contribuyen a la manutención de adulto mayor tendrían motivaciones basadas en obligaciones normativas o sociales y por ello tendrían una peor actitud hacia ellos, dado la

imagen generada en el tiempo y que estos pueden representar. (73)

Como se señaló en la introducción, la empatía es un constructo social multidimensional que no tiene una definición inequívoca, de modo general se conceptualiza como “la experiencia de entender la condición de otra persona desde su perspectiva” y es una condición importante que refuerza las conexiones interpersonales, como elemento clave del recurso emocional que comprende la relación profesional de salud- paciente, su ausencia está asociada a la presencia de enfermedad y menor satisfacción del paciente (75).

Nuestros resultados establecen una relación estadísticamente significativa entre el nivel de empatía y actitud positiva hacia el adulto mayor, el cual es similar a los resultados de un estudio cuasi experimental realizado en estudiantes de la Universidad de Texas en Tyler, donde comparó a dos grupos antes y después de una intervención en empatía a través de la escala de Jefferson y actitudes hacia el adulto mayor con la Escala de Kogan, encontrando correlación significativa entre la empatía y la actitud ( $r= 0.535$ ,  $p <.001$ ), explicando el 28.6% de las varianzas mutuamente (32), se ha explorado poco esta relación directamente, existe estudios previos que de modo indirecto confirman esta asociación, evaluando tanto en estudiantes y/o profesionales de la salud diversas estrategias que modificaban la empatía y evaluaban su efecto en el cambio de actitud (programas educativos, talleres intergeneracionales, simulaciones, etc.) (30, 31).

Otros estudios también han establecido una relación entre la empatía y el ageísmo, Mc Farland citado por Boudjemad encontró un vínculo negativo bastante fuerte entre el prejuicio y la empatía, la cual fue evaluada a través del Índice de reactividad interpersonal de Davis, por su parte Boudjemad, V. y Gana K, basados en la teoría

de prejuicios generalizados probaron un modelo estructural de los efectos de la empatía sobre la discriminación hacia el adulto mayor en estudiantes universitarios y población general, encontraron que niveles más altos de empatía se relacionan inversamente con la inclinación a mostrar prejuicios y actitudes discriminatorias hacia el adulto mayor, efecto mediado a través del dogmatismo y de la orientación al dominio social (33).

En cuanto a la característica “años de desempeño profesional” no se encontró significancia estadística al comparar con las actitudes de los docentes evaluados, estos resultados están en concordancia con estudios que no encontraron relación entre estas características (12,49,76) y se contraponen a los resultados de dos estudios realizados en Turquía y Jordania (53, 66), observamos en nuestros resultados un pico de actitud positiva en el grupo de “16 a 29 años” de desempeño profesional y caída posterior importante en el grupo “mayor a 30 años”, estos hallazgos pueden responder al efecto de la experiencia clínica que favorecería una mejor comprensión de la salud y necesidades sociales del adulto mayor y por otro lado en la caída posterior se evidencia el efecto de la edad de los participantes, que como se observó anteriormente presentan un porcentaje elevado de actitud negativa hacia el adulto mayor en esa etapa de vida..

La evidencia demuestra que existe una relación significativa entre actitudes positivas hacia el adulto mayor y nivel de conocimiento en geriatría (13,23,24, 70), en este estudio no encontró relación entre el haber recibido educación continua en temas relacionados con geriatría con las actitudes mostradas, explicable porque las investigaciones tienden a evaluar de modo directo el nivel de conocimiento generado por intervenciones y actitudes, mientras que en nuestro estudio se evaluó

indirectamente solo a través de la declaración de haber certificado una participación, idea que fue corroborada por Shih et al. quienes evaluaron el conocimiento y actitudes de enfermeras hacia el adulto mayor en un hospital de Taiwán, encontrando una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre envejecimiento, pero en su análisis bivariado entre el haber asistido a cursos de educación continua sobre geriatría y actitudes no encontró relación (24)

Por tanto, la participación en cursos de educación continua no siempre generará el conocimiento esperado y por tanto el impacto en la modificación de actitud que se esperaría, resultado que está sujeto a diferentes actores, pese a ello, observamos que nuestros porcentajes tienden a mantener la tendencia sobre el efecto del conocimiento, pues aquellos que declararon haber recibido formación gerontológica formal tuvieron porcentajes más altos de actitud positiva.

Se debe reconocer que el estudio presenta limitaciones propias del diseño al ser un estudio cuya muestra es relativamente pequeña, el uso de un muestra censal en lugar de muestreo aleatorio, la inclusión de docentes que pertenecían sólo a una institución universitaria, adicionalmente, si bien la Escala de Kogan para evaluar actitudes hacia el adulto mayor es una escala que ha sido validada al español aquí en Perú, con adecuada validez de constructo y de contenido, se le han realizado algunas críticas relacionadas a su validez de contenido, es por ello que los resultados obtenidos no permiten extrapolarlos a la población general, es necesario profundizar la investigación respecto a los factores que ayuden a comprender las actitudes hacia el adulto mayor y permitan diseñar intervenciones sobre aquellas variables susceptibles de ser modificables.

Dado que es uno de los primeros estudios en la región que ha considerado como

unidad de análisis muestral a docentes universitarios de ciencias de la salud, con algunos resultados concordantes y en otros contradictorios con la evidencia internacional y nacional disponible, deja en evidencia que algunos factores socioculturales pueden condicionar un comportamiento distinto de las variables evaluadas, esto se constituye en una de las fortalezas de este estudio. Así mismo, a través de su diseño el estudio se constituye un antecedente importante para futuras investigaciones predictivas acerca de qué características o factores pueden estar asociados a las actitudes que tienen los docentes profesionales de la salud hacia el adulto mayor.

La evaluación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson realizada, constituye otra fortaleza en este estudio, que permite validar la utilización de este instrumento para futuras investigaciones en nuestra región, en esta investigación se confirmó el carácter tridimensional de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión profesionales de la salud, así también se demostró evidencias de validez basada en la estructura interna, así como su fiabilidad revisada mediante el método de consistencia interna de Alfa de Cronbach ( $\alpha= 0.804$ ).

## VI. CONCLUSIONES

- El 51.3% de los docentes mostraron una actitud positiva hacia el adulto mayor, siendo el nivel promedio obtenido con la Escala de Kogan de  $135.25 \pm 12.46$ .
- La edad promedio de los docentes participantes fue  $47.02 \pm 10.93$  años, el 51.30% fueron varones, el 64.29% de los participantes fueron médicos, el 18.18% cuentan con estudios de doctorado, el 66.92% cuentan con especialidad no quirúrgicas y el 86.4% informó no haber recibido formación en temas de geriatría. El 79.9% de los docentes reportaron haber convivido o convivir con algún adulto mayor, y el 63.4% declaró participar de su manutención.
- El 47.40% de los docentes participantes obtuvieron un nivel de empatía medio con la Escala de Empatía Médica de Jefferson.
- No se encontró diferencia significativa entre las características evaluadas y actitudes hacia el adulto mayor, solo el nivel de empatía del docente mostró una relación significativa con la actitud mostrada.

## VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere mejorar la potencia del estudio, ampliando la muestra de docentes participantes
- Es necesario evaluar otras características que no fueron evaluadas en este estudio como personalidad del docente, el tipo de contacto y el parentesco que el docente mantiene con el adulto mayor, entre otras variables que han demostrado también tener asociación con la actitud mostrada hacia los adultos mayores.
- Se sugiere ampliar la exploración de la empatía y su efecto sobre las actitudes hacia el adulto mayor, la cual al ser una variable modificable a mediano plazo permitiría el diseño de intervenciones dirigidas a los docentes profesionales que favorezcan su desarrollo y consecuentemente su actitud hacia el adulto mayor.
- Dado el alto porcentaje de actitudes negativas obtenido, es prudente recomendar campañas de sensibilización a los docentes respecto a la actitud que muestran hacia el adulto mayor, recordemos gran parte del aprendizaje es por imitación, de allí que las actitudes, estereotipos que muestren ahora nuestros docentes se verán reflejados en el actuar de nuestros futuros profesionales.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briñol P, Falces C, Becerra A. Actitudes. En: Psicología Social [Internet]. 3ª ed. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2007 [citado 28 enero 2020]. pp. 457–460. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/271838160\\_Actitudes](https://www.researchgate.net/publication/271838160_Actitudes)
2. Florian G K, Mark W. The Campbell Paradigm as a Behavior-Predictive Reinterpretation of the Classical Tripartite Model of Attitudes. *European Psychologist* [Internet]. 2019 [citado 5 enero 2020];(24):360–361. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1016-9040/a000364>
3. Harinie L, Sudiro A, Rahayu M, Fatchan A. Study of the Bandura's Social Cognitive Learning Theory for the Entrepreneurship Learning Process. *Social Sciences*. 2017; 6(1).
4. Rosero Barzola C, Montalvo Ruilova H. La disonancia cognitiva como factor motivador en las decisiones del consumidor: caso smartphones. *Retos: Revista de Ciencias de la Administración y Economía*. 2015 julio-diciembre; 5(10).
5. Gleason S. The Social Construction of Old Age in the Modern West: A Literature Review. *Undergraduate Journal of Humanistic Studies* [Online]. 2017 [consultada: 24 de setiembre 2019]; 4: 1-4. Disponible en: [https://d31kydh6n6r5j5.cloudfront.net/uploads/sites/111/2019/07/ujhs\\_agi ng.pdf](https://d31kydh6n6r5j5.cloudfront.net/uploads/sites/111/2019/07/ujhs_agi ng.pdf)
6. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *Guiding Principles for the Care of Older Adults with*



- Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *J Am Geriatr Soc* [Online]. 2012 [consultado: 27 de setiembre del 2019]; 60: E1–E25. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>
7. Ramos Monteagudo M, Yordi García; M, Miranda Ramos M de los Ángeles. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Rev. Arch Med Camagüey*. 2016;(20):330–337.
  8. Kearney N, Miller M, Paul J, Smith K. Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people. *Annals of Oncology* [Internet]. 2000 [citado 13 mayo 2021] ;( 11):599–602. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1008327129699>
  9. Elbi H, Altan S, Rahman S, Cenzig Özyurt B, Sahin S, Cam FS. The attitudes of medical students toward the elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2015;(18):299–304.
  10. De Biasio J, Parkas V, Soriano R. Longitudinal assessment of medical student attitudes toward older people. *Journal Medical Teacher* [Online]. 2016 [citado 15 mayo 2019]; 38(8): 823-828. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1112891>
  11. Inker J. Ageism Among Healthcare Professionals: The Influence of Personal Aging Anxiety, Job Role, and Work Setting on Attitudes Toward Older Patients [Doctor]. Virginia Commonwealth University; 2018
  12. Liu YE, Norman IJ, While AE. Nurses' attitudes towards older people: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* [Online]. 2013 [citado 16 de Agosto 2019]; 50(9):1271-1282. Disponible en: [https://www.academia.edu/11555742/Health\\_professionals\\_attitudes\\_towa](https://www.academia.edu/11555742/Health_professionals_attitudes_towa)

rd\_older\_people\_and\_older\_patients\_A\_systematic\_review

13. Alamri BH, Xiao LD. Health professionals' knowledge and attitudes toward older people in primary care in Saudi Arabia. *Saudi medical journal* [Internet]. 2017 [citado 7 mayo 2020];(38):229–236. Disponible en: <https://doi.org/10.15537/smj.2017.3.19293>
14. Arani M, Aazami S, Azami M, Borji M. Assessing attitudes toward elderly among nurses working in the city of Ilam. *International journal of nursing sciences* [Internet]. 2017 [citado 10 febrero 2022];4(3):311–313. Disponible en: <https://10.1016/j.ijnss.2017.06.009>
15. Kipruto J, Kiptala W, Mulambula S. Socio-Demographic Characteristics of Healthcare Workers and Their Attitudes Towards Older People in Nairobi, Kenya. *World Journal of Innovative Research* [Internet]. 2021 [citado 9 mayo 2021];(10):52–59. Disponible en: [https://www.wjir.org/download\\_data/WJIR1001013.pdf](https://www.wjir.org/download_data/WJIR1001013.pdf)
16. López Bañuelos AA. Evaluación de las actitudes hacia el adulto mayor: estudio comparativo entre Baja California (México) y Castilla y León (España) [Doctor]. Universidad Pontificia de Salamanca; 2019.
17. Maximiano-Barreto MA, Luchesi BM, Chagas MHN. Implicit attitudes toward the elderly among health professionals and undergraduate students in the health field: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2019 [citado 2 febrero 2020];(41):415–421. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0108>
18. Şahin F, Bayraktar E, Erten Z. Determination of the Attitudes of the Health Staff Working for the Institutions Providing Primary Health Care Towards

- Ageism. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Internet]. 2022 [citado 12 febrero 2022];8(2):166–177. Disponible en: <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.971404>
19. Asayesh H, Qorbani M, Parvaresh M, Rahmani A, Ansari H, Mansourian M, Mohammadi R. General practitioner attitude toward elders: using Kogan's attitudes questionnaire. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism [Internet]. 2014 [citado 8 febrero 2022];13(6):479–486. Disponible en: <http://ijld.tums.ac.ir/article-1-5270-en.html>
20. Orit D, Ntege P, Nakayiwa D, Nambooze J, Olikira S, Kabwama S. Knowledge, Attitudes and Treatment Practices of Medical Doctors towards Care of Elderly Patients Accessing Clinical Care at Hospitals in Kampala Uganda. J Geriatr Med Gerontol [Internet]. 2020 [citado 15 diciembre 2020];(7):114. Disponible en: <https://doi.org/10.23937/2469-5858/1510114>
21. Ingram E, Dunkley O, Willughby K, Yaffe M, Rodriguez CH. Assessing Family Medicine Residents' Preparedness for the Practice of Geriatric Care. Peer-Reviewed Reports in Medical Education Research [Online]. 2019[citado 24 de agosto 2019]; 3:15. Disponible en: <https://journals.stfm.org/media/2410/ingram-primer2019488305.pdf>
22. Martins, R., Andrade, A., Chaves, C., Moreira, H., Pires, S., Albuquerque, C. Knowledge and attitudes of health professionals facing the elderly Rosa Maria Lopes Martins. European Journal of Public Health [Internet]. 2013 [citado 15 diciembre 2021];23(suppl\_1). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt124.110>

23. Tufan F, Yuruyen M, Kizilarlanoglu M, Akpınar T, Emiksiye S, Yesil Y, Karan M. Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: a multicenter study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2015 [citado 10 febrero 2022];60(2):307–310. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.12.004>
24. Shih Y, Hsieh C, Chang C, Chia Y, Hsiao Y. A Survey of Nurses' Knowledge of and Attitudes Toward Hospitalized Older Adults. *International Journal of Studies in Nursing* [Internet]. 2021 [citado 9 febrero 2022];6(2):27. Disponible en: <https://doi.org/10.20849/ijsn.v6i2.896>
25. Lewis P. K, J. Thomas F, Jeffrey B. H, Brent C. W. Geriatrics Attitudes and Knowledge Among Surgical and Medical Subspecialty House Officers. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2007 [citado 18 mayo 2020];(55):2056–2060. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01475.x>
26. Ahmed SM, Kraft IA, Porter DM. Attitudes of Different Professional Groups Toward Geriatric Patients. *Gerontology & geriatrics education*. 2020;(6):77–86.
27. Hojat M, Gonnella J, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level. *Academic Medicine* [Internet]. 2002 [citado 12 septiembre 2019]; 77(10):S58–S60. Disponible en: [https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2002/10001/the\\_jefferson\\_scale\\_of\\_physician\\_empathy\\_\\_further.19.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2002/10001/the_jefferson_scale_of_physician_empathy__further.19.aspx)
28. Davis M. *Empathy: A Social Psychological Approach*. 1.<sup>a</sup> ed. New York:

Routledge; 1996.

29. Gholamzadeh S, Khastavaneh M, Khademian Z, Ghadakpour S. The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. *BMC Medical Education* ( [Internet]. 2018 [citado 10 junio 2020];(18):1–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1297-9>
30. Bellosta Batalla, M., Pérez Blasco, J., Cebolla i Martí, A. J., Moya Albiol, L. Empatía y mindfulness. Convergencia teórica. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva* [Internet]. 2017[citado 15 septiembre 2021]; 8, 35-41. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/58685>
31. Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., Feudtner, C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC medical education* [Internet]. 2014 [citado 19 agosto 2020]; 14(1), 1-11. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/219>
32. Elizabeth A. G. Simulated Role-Play to Improve Attitudes and Empathy Towards Older Adults in Accelerated Nursing Students [Doctor]. University of Texas at Tyler; 2021.
33. Boudjemad V, Gana K. L'âgisme: Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme sur l'âgisme. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 2009;(28):371–389.
34. Sinan O, Bilgili N, Mutlu A. Perception of Aging Among Nursing Students. *Cyprus J Med Sci* [Internet]. 2020 [citado 4 agosto 2020];(6):80–85. Disponible en: [https://www.cypriusjmedsci.com/Content/files/sayilar/102/80-85\(1\).pdf](https://www.cypriusjmedsci.com/Content/files/sayilar/102/80-85(1).pdf)

35. Tomić, I. J., Britvić, M., Mulić, R., Poljak, N. K. The Impact of Knowledge on the Formation of Attitudes Towards Ageing and the Elderly [published online ahead of print, 2021 April 19] <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-414315/v1>
36. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' Attitudes Towards Older People Care: An Integrative Review. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2017 [citado 13 noviembre 2020];(26):4105–4116. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13939>
37. Rajvinder S, Tom C, Adam L, Simon P, Mathijs L, Amanda G. Factors related to medical students' and doctors' attitudes towards older patients: a systematic review. *Age and Ageing* [Online]. 2017 [citado 22 de noviembre 2019]; 46 (6): 911–919. Disponible en: <https://academic.oup.com/ageing/article/46/6/911/3787763>
38. Rathnayake S, Athukorala Y, Siop S. Attitudes toward and willingness to work with older people among undergraduate nursing students in a public university in Sri Lanka: A cross sectional study. *Nurse Education Today*. 2016;(36):439–444.
39. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports* [Internet]. 2019 [citado 3 junio 2019]; 12:284–293. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
40. Vergara A. El papel del docente, el ejemplo y el maestro en la enseñanza de la medicina. *Revista Colombiana de Cirugía* [Internet]. 2019 [citado 28 noviembre 2019]; 32(1):9–11. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n1/v32n1a1.pdf>

41. Alcorta Garza A, San Martín M, Delgado Bolton R, Soler González J, Roig H, Vivanco L. Cross Validation of the Spanish HP-Version of the Jefferson Scale of Empathy Confirmed with Some Cross Cultural Differences. *The Journal Frontiers in Psychology* [Internet]. 2016 [citado 10 noviembre 2019]; 7:1–9. Disponible en: [10.3389/fpsyg.2016.01002](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01002)
42. Runkawatt V, Kerdchuen K, Tipkanjanaraykha K, Ubolwan K, Tawetanawanich Y, Nasirin C, Lar Win M. Kogan's Attitude Toward Old People: Evaluation of validity and reliability assessment among nursing students in Thailand, Myanmar, and Indonesia. *Asian Journal for Public Opinion Research* [Internet]. 2019 [citado 11 octubre 2019];3(3):146–152. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15206/ajpor.2016.3.3.145>
43. Matarese M, Lommi M, Pedone C, Alvaro R, De Marinis MG. Nursing student attitudes towards older people: validity and reliability of the Italian version of the Kogan Attitudes towards Older People scale. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2013 [citado 13 septiembre 2019];69(1):1–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06055.x>
44. Sampén Celis JD, Varela Pinedo LF, Díaz Vélez C, Tello Rodríguez T, Ortíz Saavedra PJ. Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2012 [citado 30 agosto 2019]; 29 (3):148–153. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-)

59172012000300004

45. Ortiz-Rubio A, Lobato R, Valenza M. Ortiz-Rubio, A., Lobato, R. M., & Valenza, M. C. (2020). Kogan's Attitude toward Old People scale revisited: Psychometric properties and recommendations. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2020 [citado 8 febrero 2022];90:104159. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104159>
46. Ortiz Saavedra, P. J., Tello Rodríguez, T., Pérez Correa, M. E., Varela Pinedo, L. F., Chávez Jimeno, H. A. Actitudes hacia la atención del adulto mayor por parte del personal que labora en los servicios de Emergencia en hospitales de Lima. *Acta Medica Peruana*. 2013; 30(2), 75-78.
47. Morowatisharifabad M, Bahram A, Bidaki R, Namayandeh S. Comparison of Knowledge and Attitude of Health Care Providers towards Aging Phenomenon in Yazd and Hamadan, Iran . *Elderly Health Journal* [Internet]. 2019 [citado 3 febrero 2022];5(2):65–71. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18502/ehj.v5i2.2151>
48. Rashedi, V., Hasheminejad, N., Naghibzadeh-Tahami, A., & Borhaninejad, V. Ageism among primary health care professionals and nurses in Iran. *Ethics, Medicine and Public Health* [Internet]. 2021 [citado 20 julio 2021];(17): 100638. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100638>
49. Doherty M, Mitchell E, Siobhan O. Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using the Kogan Scale. *Nursing Research and Practice* [Internet]. 2011 [citado 3 julio 2021];2011(2011). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/352627>



50. Lynch S. Measurement and prediction of aging anxiety. *Research on aging* [Internet]. 2000 [citado 15 enero 2022];22(5):533–558. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0164027500225004>
51. Lan X, Chen Q, Yi B. Attitude of nurses toward the care of older adults in China. *Journal of Transcultural Nursing* [Internet]. 2019 [citado 7 febrero 2022];30(6):597–602. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659619848056>
52. Hernández Valle V. Relevancia de las actitudes viejistas en profesionales de la salud en la atención de personas mayores [Maestro]. Universidad Autónoma de Querétaro; 2020.
53. Oral B, Günay O, Cetinkaya F. Attitudes of health professionals working in a university hospital towards ageism. *Medicine Science* [Internet]. 2019 [citado 14 febrero 2022];8(1):117–122. Disponible en: <https://10.5455/medscience.2018.07.8925>
54. Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H. et al. Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European journal of ageing*, [Internet]. 2017 [citado 16 julio 2019];14(1): 39-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>
55. Tomko, J., Munley, P. Predicting counseling psychologists attitudes and clinical judgments with respect to older adults. *Aging & Mental Health* [Internet]. 2013 [citado 10 julio 2020]; 17(2): 233-241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.715141>
56. Kolushev I, Punchik B, Digmi D, et al. Ageism, Aging Anxiety, and Death

- and Dying Anxiety Among Doctors and Nurses [published online ahead of print, 2021 May 28]. *Rejuvenation Res.* 2021;10.1089/rej.2020.2385. d <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2020.2385>
57. Rababa, M., Alhawatmeh, H., Al Ali, N., & Kassab, M. Testing the effectiveness of cognitive behavioral therapy in relieving nurses' ageism toward older adults: A randomized controlled trial. *Cognitive therapy and research* [Internet]. 2021 [citado 10 julio 2021]; 45(2): 355-366. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10167-4>
58. Kagan S, Meléndez-Torres GJ. Ageism in nursing. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2015 [citado 16 febrero 2022];23(5):644–650. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12191>
59. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de Salud N° 021·MINSa/DGSP·V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". Oficina General de comunicaciones MINSa; 2011. pp. 8–140.
60. Fita F, Mekonnen H, Endalew HL, Azagew, A. Knowledge, attitude, and associated factors towards older people care among nurses working at public hospitals in West Shoa zone, Oromia region, Ethiopia. *BMC nursing* [Internet]. 2021 [citado 14 febrero 2022];20(1):1–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00774-1>
61. Courtney, M., Tong, S., & Walsh, A. Older patients in the acute care setting: rural and metropolitan nurses' knowledge, attitudes and practices. *Australian Journal of Rural Health* [Internet]. 2000 [citado 30 agosto 2019]; 8(2): 94-102. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2000.00256.x>

62. Espinoza Babillón JR. La Escuela de Posgrado "Víctor Alzamora Castro".  
Acta Herediana [Internet]. 2012 [citado 13 febrero 2022];(52):16–18.  
Disponible en: <https://doi.org/10.20453/ah.v52i0.2283>
63. Flores Quispe AC. Impacto de la formación en posgrado en la competencia académica profesional del egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad José Carlos Mariátegui, Perú, 2019 [Doctor]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020.
64. Rigby Koutz, J., Touger Decker, R., Brody, R., Rigassio Radler, D., Khan, H., Byham Gray, L. D., O'Sullivan Maillet, J. K.. The perceived benefits of master's degrees in two samples of registered dietitians. *Topics in Clinical Nutrition*. 2010; 25(3), 202-212.
65. Hellbusch, J. S., Corbin, D. E., Thorson, J. A., Stacy, R. D. Physician's attitudes towards aging. *Gerontology & Geriatrics Education*. 1995; 15(2), 55-66.
66. Hweidi I, Al-Hassan M. Jordanian nurses' attitudes toward older patients in acute care settings. *International nursing review* [Internet]. 2005 [citado 8 enero 2022];52(3):225–232. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00434.x>
67. Katz, R. S. Personality trait correlates of attitudes toward older people. *The International Journal of Aging and Human Development*. 1990; 31(2), 147-159.
68. Drosdeck, J. M., Osayi, S. N., Peterson, L. A., Yu, L., Ellison, E. C., Muscarella, P. Surgeon and nonsurgeon personalities at different career points. *Journal of Surgical Research*. 2015; 196(1), 60-66.

69. Ridgway, V., Mason Whitehead, E., McIntosh Scott, A. (2018). Visual perceptions of ageing; A longitudinal mixed methods study of UK undergraduate student nurses' attitudes and perceptions towards older people. *Nurse education in practice*. 2018; 33, 63-69.
70. Felipe Rello C, López Bravo D, Rosa María MP. Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de ciencias de la salud. *Revista Prisma Social [Internet]*. 2018 [citado 13 mayo 2019]; 21(2° trimestre):108–122. Disponible en:  
<https://revistaprismasocial.es/article/view/2425/2646>.
71. Pagiatakis, C., Musolino, E., Gornati, R., Bernardini, G., Papait, R. Epigenetics of aging and disease: a brief overview. *Aging clinical and experimental research Research [Internet]*. 2021[citado 15 septiembre 2021]; 33(4), 737-745. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01430-0>
72. Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía N° 006-2019-DP/AAE Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. Lima; 2019. pp. 14–26
73. Silverstein, M., Parrott, T. M., Bengtson, V. L. (1995). Factors that predispose middle-aged sons and daughters to provide social support to older parents. *Journal of Marriage and the Family [Internet]*. 1995[citado 15 septiembre 2021]; 57(2), 465-475. Disponible en:  
<http://www.jstor.org/stable/353699>
74. Zhu, H., Xie, Y. Buying out of familial obligation: The tradeoff between financially supporting versus living with elderly parents in urban China.

Chinese Journal of Sociology. 2017; 3(1), 56-73.

75. Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. 1.<sup>a</sup> ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2012
76. Yang Y, Xiao L, Ullah S, Deng L. Yang, Y., Xiao, L. D., Ullah, S., & Deng, L. (2015). General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China. *Australasian journal on ageing* [Internet]. 2015 [citado 16 febrero 2022];34(2):82–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajag.12105>

## IX. ANEXOS:

**Tabla 1. Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión validada al español - modelo 1\***

	F1**	F2	F3
ítem 2	0.631		
ítem 4	0.647		
ítem 5	0.432		
ítem 9	0.697		
ítem 10	0.82		
ítem 13	0.85		
ítem 15	0.779		
ítem 16	0.836		
ítem 17	0.738		
ítem 20	0.847		
ítem 1		0.537	
ítem 7		0.618	
ítem 8		0.774	
ítem 11		0.732	
ítem 12		0.572	
ítem 14		0.656	
ítem 19		0.576	
ítem 3			0.78
ítem 6			0.806
ítem 18			-0.193

*Nota:*

\*El modelo de análisis incluye los 20 ítems de la escala

\*\*F1=toma de perspectiva, F2=atención con compasión, F3=ponerse en los zapatos del paciente

**Tabla 2. Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión validada al español- modelo 2\***

	F1**	F2	F3
ítem 2	0.638		
ítem 4	0.649		
ítem 5	0.427		
ítem 9	0.679		
ítem 10	0.82		
ítem 13	0.849		
ítem 15	0.781		
ítem 16	0.838		
ítem 17	0.737		
ítem 20	0.853		
ítem 1		0.539	
ítem 7		0.617	
ítem 8		0.773	
ítem 11		0.735	
ítem 12		0.581	
ítem 14		0.662	
ítem 19		0.589	
ítem 3			0.782
ítem 6			0.803

*Nota:*

\*El modelo de análisis incluye solo 19 ítems de la escala, el ítem 18 se eliminó

\*\*F1=toma de perspectiva, F2=atención con compasión, F3=ponerse en los zapatos del paciente

**Tabla 3. Índices de ajuste de ambos modelos<sup>#</sup>**

<b>Modelo</b>	<b>CFI</b>	<b>SRMR</b>	<b>RMSEA [ IC 90% ]</b>
Modelo 1	0.956	0.079	0.073 [ 0.059, 0.086 ]
Modelo 2	<b>0.956</b>	<b>0.077</b>	<b>0.078</b> <b>[0.064, 0.092]</b>

*Nota:*

*#*corresponde al modelo con 20 ítems y modelo sin el ítem 18

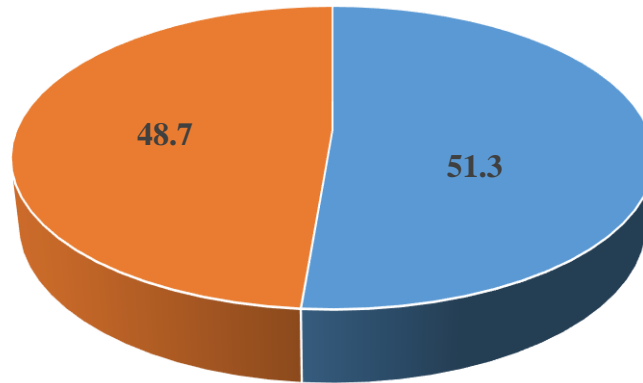
CFI = Índice de ajuste comparativo; RMSR = Residuo cuadrático medio; IFI = Índice de ajuste incremental; RMSEA = Error de aproximación de la media cuadrática.



**Tabla 4. Correlación ítem-Test Corregida en la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión validada al español.**

Escala total	Cronbach's $\alpha$	
	0.794	
Ítems	item-rest correlation	if item dropped
		Cronbach's $\alpha$
Ítems 1	0.2831	0.795
Ítems 2	0.2464	0.791
Ítems 3	0.4649	0.778
Ítems 4	0.3652	0.786
Ítems 5	0.2202	0.793
Ítems 6	0.4816	0.777
Ítems 7	0.2908	0.793
Ítems 8	0.4847	0.778
Ítems 9	0.4385	0.78
Ítems 10	0.5195	0.779
Ítems 11	0.4673	0.785
Ítems 12	0.2252	0.801
Ítems 13	0.6537	0.774
Ítems 14	0.2339	0.792
Ítems 15	0.4635	0.779
Ítems 16	0.5305	0.78
Ítems 17	0.5663	0.776
Ítems 18	0.0871	0.804
Ítems 19	0.4033	0.783
Ítems 20	0.5186	0.783

**Gráfico 1.** Actitudes hacia el adulto mayor en docentes universitarios de una Universidad privada.



■ Actitud positiva ■ Actitud negativa

*Fuente:* elaboración propia

**Tabla 5.** Características sociodemográficas de los docentes Ciencias de la Salud

Característica	Frecuencia		Media Kogan	DE
	n	% <sup>Δ</sup>		
<b>Edad</b>				
20 a 29 años	2	1.30	132	8
30 a 59 años	127	82.47	136	13
60 años a más	25	16.23	130	7
<b>Profesión</b>				
Medicina	99	64.29	135	13
Enfermería	27	17.53	134	11
Odontología	15	9.74	143	15
Psicología	13	8.44	133	10
<b>Sexo</b>				
Femenino	75	48.70	136	13
Masculino	79	51.30	135	12
<b>Grado académico alcanzado</b>				
Bachiller	43	27.92	135	11
Maestría	83	53.90	135	13
Doctorado	28	18.18	135	13
<b>Años de desempeño profesional</b>				
1 a 16 años	67	43.51	135	13
16 a 29 años	54	35.06	137	13
Mayor a 30 años	33	21.43	133	9
<b>Labora en otra institución educativa</b>				
No	49	31.80	137	14
Si	105	68.20	135	12
<b>Establecimiento en que labora</b>				
Consultorio privado	40	26.00	135	13
Establecimiento MINSA/EsSALUD	114	74.00	135	12

*Fuente:* elaborado por el investigador

Δ: se considera el total de docentes participantes (n=154)

**Tabla 5.** Características sociodemográficas de los docentes Ciencias de la Salud (continuación)

Característica	Frecuencia		Media Kogan	DE
	n	% <sup>Δ</sup>		
<b>Especialidad</b>				
No	26	16.9	131	13
Si	130	83.1	136	12
<b>Formación Postítulo</b>				
Sólo Especialidad	41	26.62	135	11
Especialidad y Posgrado	89	57.79	136	13
Solo Posgrado	22	14.29	130	12
No Especialidad - No Posgrado	2	1.30	139	12
<b>Convivencia con adulto mayor</b>				
No	31	20.1	131	9
Si	123	79.9	136	13
<b>Educación geriátrica formal</b>				
No	133	86.4	135	12
Si	21	13.6	139	15
<b>Tipo de especialidad</b>				
No quirúrgica	87	66.92	135	13
Quirúrgica	43	33.08	138	12
Total*	130	100.00		
<b>Años de egreso de la especialidad</b>				
1 a 4 años	32	25	135	13
5 a 10 años	46	35.9	135	13
11 años a más	50	39.1	136	11
Total*	128	100		
<b>Años de egreso de maestría</b>				
1 a 6 años	48	43.24	134	14
7 a 9 años	26	23.43	136	13
10 años a más	37	33.33	136	12
Total**	111	100.00		

Fuente: elaborado por el investigador

Δ: se considera el total de docentes participantes (n=154)

\*Total corresponde aquellos que declararon tener especialidad

\*\*Total corresponde a todos aquellos que declararon poseer grado de maestro

**Tabla 5.** Características sociodemográficas de los docentes Ciencias de la Salud (continuación)

Característica	Frecuencia		Media Kogan	DE
	n	%		
<b>Categoría del establecimiento de salud</b>				
Nivel I	25	21.93	135	14
Nivel II	33	28.95	136	12
Nivel III	56	49.12	135	12
Total***	114	100.00		
<b>Años convivencia con adulto mayor</b>				
1 a 15 años	79	64.23	138	14
16 a 30 años	30	24.39	133	12
31 años a más	14	11.38	134	7
Total****	123	100.00		
<b>Participa de la manutención del adulto mayor</b>				
No	45	36.6	136	12
Si	78	63.4	136	14
Total****	123	100		

*Fuente:* elaborado por el investigador

\*\*\*Total corresponde aquellos que declararon laborar en un establecimiento categorizado

\*\*\*\*Total corresponde aquellos que declararon convivir o haber convivido con adulto mayor

**Tabla 6:** Nivel de empatía de los docentes Ciencias de la Salud

Característica	Frecuencia		Media Kogan	DE
	n	%		
<b>Nivel de empatía</b>				
Baja	39	25.32	130	9
Media	73	47.4	135	11
Alta	42	27.27	140	15

*Fuente:* elaborado por el investigador

**Tabla 7.** *Porcentajes de actitud positiva y negativa hacia el adulto mayor según característica evaluada*

Característica	Actitud negativa		Actitud positiva	
	n	%	n	%
<b>Edad</b>				
20 a 29 años	1	50.00	1	50.00
30 a 59 años	57	44.88	70	55.12
60 años a más	17	68.00	8	32.00
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Profesión</b>				
Medicina	49	49.49	50	50.51
Enfermería	15	55.56	12	44.44
Odontología	7	46.67	8	53.33
Psicología	4	30.77	9	69.23
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Sexo</b>				
Femenino	37	49.33	38	50.67
Masculino	38	48.10	41	51.90
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Grado académico alcanzado</b>				
Bachiller	22	51.16	21	48.84
Maestría	39	46.99	44	53.01
Doctorado	14	50.00	14	50.00
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Años de desempeño profesional</b>				
1 a 16 años	33	49.25	34	50.75
16 a 29 años	22	40.74	32	59.26
Mayor a 30 años	20	60.61	13	39.39
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Formación Postítulo</b>				
Sólo Especialidad	21	51.22	20	48.78
Especialidad y Posgrado	37	41.57	52	58.43
Solo Posgrado	16	72.73	6	27.27
No Especialidad - No Posgrado	1	50.00	1	50.00
Total	75	48.70	79	51.30

*Fuente:* elaborado por el investigador

**Tabla 7. Porcentajes de actitud positiva y negativa hacia el adulto mayor según característica evaluada (continuación)**

Característica	Actitud negativa		Actitud positiva	
	n	%	n	%
<b>Especialidad</b>				
No	17	70.83	7	29.17
Si	58	44.62	72	55.38
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Tipo de especialidad</b>				
No quirúrgica	43	49.43	44	50.57
Quirúrgica	15	34.88	28	65.12
Total	58	44.62	70	55.38
<b>Convivencia con adulto mayor</b>				
No	18	58.06	13	41.94
Si	57	46.34	66	53.66
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Años convivencia con adulto mayor</b>				
1 a 15 años	33	41.77	46	58.23
16 a 30 años	18	60.00	12	40.00
31 años a más	6	42.86	8	57.14
Total	57	46.34	66	53.66
<b>Participa de la manutención del adulto mayor</b>				
No	18	40.00	27	60.00
Si	39	50.00	39	50.00
Total	57	46.34	66	53.66
<b>Establecimiento en que labora</b>				
Consultorio privado	21	52.50	19	47.50
Establecimiento MINSA/EsSALUD	54	47.37	60	52.63
Total	75	48.70	79	51.30
<b>Categoría del establecimiento de salud</b>				
Nivel I	11	44.00	14	56.00
Nivel II	16	48.48	17	51.52
Nivel III	27	48.21	29	51.79
Total	54	47.37	60	52.63
<b>Educación geriátrica formal</b>				
No	65	48.87	68	51.13
Si	10	47.62	11	52.38
Total	75	48.70	79	51.30

Fuente: elaborado por el investigador



**Tabla 8.** *Porcentajes de actitud positiva y negativa hacia el adulto mayor según nivel de empatía*

Nivel de empatía	Actitud negativa		Actitud positiva	
	n	%	n	%
Baja	26	66.67	13	33.33
Media	35	47.95	38	52.05
Alta	14	33.33	28	66.67
Total	75	48.70	79	51.30

*Fuente:* elaborado por el investigador

**Tabla 9.** *Prueba de normalidad de datos para variable actitud hacia el adulto mayor*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Actitud hacia el adulto mayor	,120	154	,000	,968	154	,001

<sup>a</sup> Corrección de significación de Lilliefors

*Fuente:* datos obtenidos Escala de actitudes hacia adulto mayor de Kogan

**Tabla 10.** Diferencia entre las categorías de las variables sociodemográficas y la actitud hacia el adulto mayor en docentes de Ciencias de la Salud

Variable sociodemográfica	Mediana de KOAP	p
<b>Edad</b>		
20 a 29 años	132	
30 a 59 años	135	<b>0.077*</b>
60 años a más	129	
<b>Profesión</b>		
Medicina	132	
Enfermería	130	
Psicología	141	0.276*
Odontología	135	
<b>Sexo</b>		
Femenino	132	
Masculino	132	0.927&
<b>Categoría del establecimiento de salud</b>		
Nivel I	137	
Nivel II	132	0.945*
Nivel III	132	
<b>Formación Postítulo</b>		
Sólo Especialidad	131	
Especialidad y Posgrado	135	<b>0.093*</b>
Solo Posgrado	129	
No Especialidad - No Posgrado	139	
<b>Tipo de especialidad</b>		
No Quirúrgica	132	
Quirúrgica	136	0.188&
<b>Convivencia con adulto mayor</b>		
No	131	
Si	134	0.296&
<b>Años convivencia con adulto mayor</b>		
1 a 15 años	136	
16 a 30 años	130	0.101*
31 años a más	133	
<b>Participar de manutención del adulto mayor</b>		
No	137	
Si	132	0.763&

\*Prueba de Kruskal- Wallis para muestras independientes

&Prueba U de Mann – Whitney para muestras independientes

#p<0.05

Fuente: elaborado por el investigador.

**Tabla 10.** Diferencia entre las categorías de las variables sociodemográficas y la actitud hacia el adulto mayor en docentes de Ciencias de la Salud (continuación)

Variable	Mediana	p
<b>Años de desempeño profesional</b>		
1 a 16 años	132	
16 a 29 años	135	0.238*
Mayor a 30 años	130	
<b>Educación geriátrica</b>		
No	132	
Si	132	0.404&

\*Prueba de Kruskal- Wallis para muestras independientes  
 &Prueba U de Mann – Whitney para muestras independientes  
 #p<0.05

Fuente: elaborado por el investigador.

**Tabla 11.** Diferencia entre el nivel de empatía y la actitud hacia el adulto mayor en docentes de Ciencias de la Salud

Nivel de empatía	Mediana KOAP	p
Baja	129	
Media	132	<b>0.003*</b>
Alta	138	

\*Prueba de Kruskal- Wallis para muestras independientes  
 #p<0.05

Fuente: elaborado por el investigador

**Tabla 12.** *Comparaciones entre los niveles de empatía y puntuaciones de actitud hacia el adulto mayor en docentes de Ciencias de la Salud*

<b>Muestra 1- Muestra 2</b>	<b>Estadístico de prueba</b>	<b>Sig.</b>	<b>Sig. ajustada<sup>a</sup></b>
Empatía baja- Empatía media	3,592	,058	,174
Empatía baja - Empatía alta	9,099	,003	,008
Empatía media- Empatía alta	1,890	,169	,508

Cada fila prueba la hipótesis nula que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son iguales.

Se visualizan las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significación es de ,05.

a. Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección Bonferroni para varias pruebas.

*Fuente:* Datos obtenidos Escala de Empatía Médica de Jefferson y Escala de Actitudes hacia el adulto mayor de Kogan

Chidayo, 05 de abril del 2021

CART-001-2021-USAT-RECT/DGAD

Señor  
MC. JORGE LUIS LIMO LIZA  
Chiclayo.-

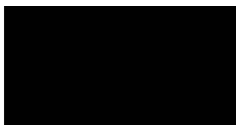
De mi consideración:

A través de la presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente ya la vez comunicarle que esta Dirección ha tomado conocimiento de su solicitud y facilitará la obtención de la información necesaria para la ejecución del proyecto de investigación denominado: "Factores asociados a la actitud hacia el adulto mayor en docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una universidad privada de Chiclayo", a ejecutarse en nuestra institución.

Es importante indicar que deberá tener en cuenta que la información obtenida es de carácter confidencial, por lo que se sujetará a lo establecido en las normas vigentes, tanto institucionales como nacionales.

No dude en ponerse en contacto con esta dirección en caso de cualquier consulta o pregunta o para cualquier aclaración adicional.

Atentamente,



M.Sc. Elena Gabriela Chau Loo Kung  
Dirección General de Asuntos Docentes  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

### DATOS DEL DOCENTE:

Profesión:.....

Sexo: M ( ) F ( ) Su edad es: \_\_\_\_\_

¿Usted atiende a pacientes de 60 años a más?

S = Siempre ( ) F = Frecuentemente ( ) A = A veces ( ) N = Nunca ( )

¿Cuántos años tiene desempeñando como profesional? \_\_\_\_\_

### PREGRADO

La universidad donde estudio pregrado es:

Pública ( ) Privada ( )

¿Hace cuantos años egresó Ud. del pregrado?: \_\_\_\_\_

### POSGRADO

Usted posee estudios de especialidad: SI ( ) NO ( )

La universidad donde realizó la Especialidad es:

Pública ( ) Privada ( )

Nombre de la especialidad

realizada:.....

¿Hace cuantos años egresó Ud. de la especialidad?: \_\_\_\_\_

La universidad donde obtuvo la maestría es:

Pública ( ) Privada ( )

Denominación del grado académico:.....

¿Año de egreso del programa académico? \_\_\_\_\_

La universidad donde obtuvo el doctorado es:

Pública ( ) Privada ( )

Denominación del grado académico:.....

¿Año de egreso del programa académico? \_\_\_\_\_

### EJERCICIO DE LA PROFESIÓN:

Labora en algún establecimiento de salud: SI ( ) NO ( )

Labora en alguna otra institución educativa superior: SI ( ) NO ( )

Solo si marco SI:

Nombre del establecimiento donde labora:.....

Nivel del establecimiento donde labora: I-1 ( ) I-2 ( ) I-3 ( ) I-4 ( ) II-1 ( )

II-2 ( ) II- 3 ( ) III-1 ( ) III-2 ( ) III-3 ( )

#### CONVIVENCIA CON ADULTOS MAYORES

Ha convivido Ud. con al menos un adulto mayor (60 años a más), SI ( ) NO ( )

Tiempo de convivencia promedio en años con el adulto mayor señalado

anteriormente: \_\_\_\_\_

Participa Ud. de la manutención del adulto mayor, señalado anteriormente:

SI ( ) NO ( )

#### EDUCACION GERONTOLOGICA

Ha recibido Ud. educación geriátrica o gerontológica formal (Considerar que educación formal hace referencia a la educación presencial u online que resulte en una certificación, grado u otra calificación reconocida), puede marcar más de una opción.

NO ( )

Diplomado ( )

Curso de especialización ( )

Maestría ( )

Segunda especialidad ( )

## ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON, VERSIÓN EN ESPAÑOL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD<sup>#</sup>

INSTRUCCIONES: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.  
1      2      3      4      5      6      7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.  
1      2      3      4      5      6      7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.  
1      2      3      4      5      6      7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.  
1      2      3      4      5      6      7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.  
1      2      3      4      5      6      7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.  
1      2      3      4      5      6      7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.  
1      2      3      4      5      6      7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.  
1      2      3      4      5      6      7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.  
1      2      3      4      5      6      7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.  
1      2      3      4      5      6      7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.  
1      2      3      4      5      6      7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.  
1      2      3      4      5      6      7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.



- 1      2      3      4      5      6      7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.
- 1      2      3      4      5      6      7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.
- 1      2      3      4      5      6      7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.
- 1      2      3      4      5      6      7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.
- 1      2      3      4      5      6      7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.
- 1      2      3      4      5      6      7
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.
- 1      2      3      4      5      6      7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.
- 1      2      3      4      5      6      7

*#Alcorta Garza A, San Martín M, Delgado Bolton R, Soler González J, Roig H, Vivanco L. Cross Validation of the Spanish HP-Version of the Jefferson Scale of Empathy Confirmed with Some Cross Cultural Differences.*

**ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL ADULTO MAYOR DE KOGAN  
VERSION VALIDADA AL ESPAÑOL\***

**INSTRUCCIONES:** Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 6 puntos:

- A. Muy en desacuerdo    B. Un poco en desacuerdo    C. En desacuerdo.  
D. De acuerdo            E. Un poco de acuerdo        F. Muy de acuerdo

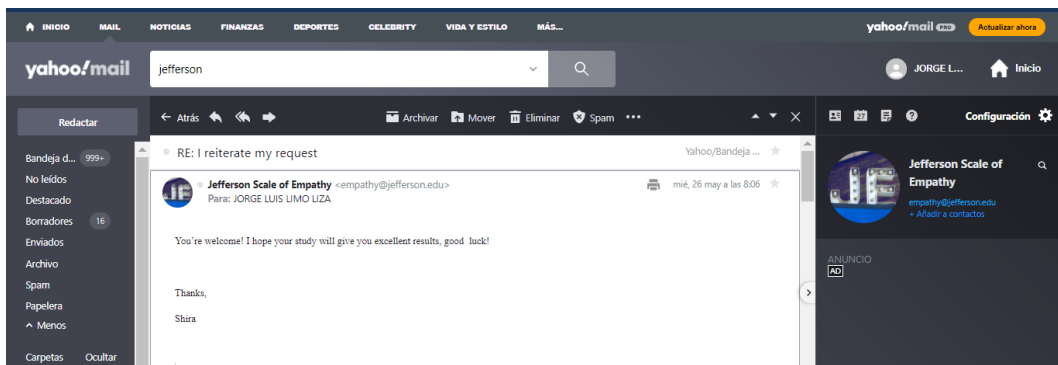
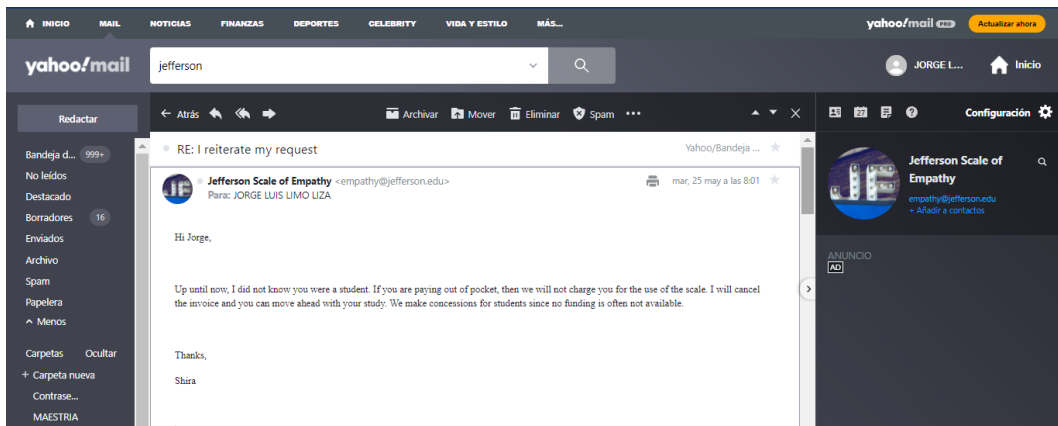
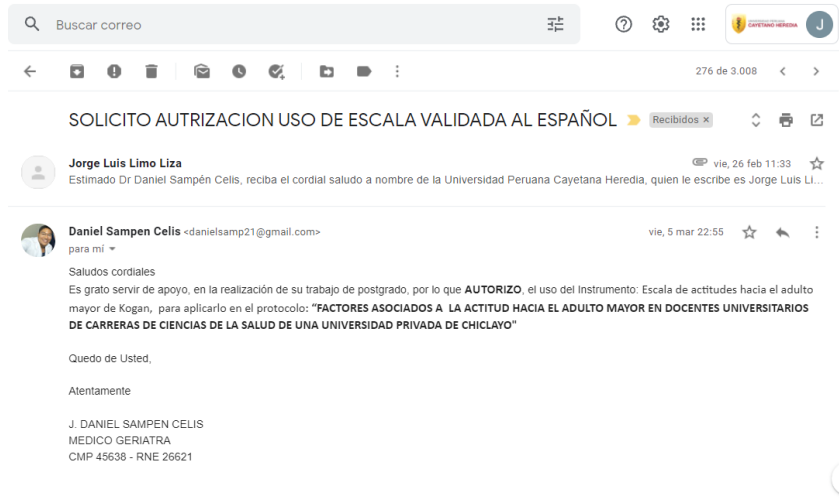
1. Probablemente sería mucho mejor si los adultos mayores vivieran en unidades residenciales con gente de su misma edad.  
A    B    C    D    E    F
2. Probablemente sería mejor si la mayoría de adultos mayores vivieran en unidades residenciales con gente más joven.  
A    B    C    D    E    F
3. Hay algo diferente acerca del adulto mayor; es difícil saber lo que les molesta mucho.  
A    B    C    D    E    F
4. La mayoría de adultos mayores realmente no son diferente de los demás; así como las personas más jóvenes, ellos son fáciles de entender.  
A    B    C    D    E    F
5. La mayoría de los adultos mayores establece sus formas de ser y/o actuar que les es difícil de cambiar.  
A    B    C    D    E    F
6. La mayoría de adultos mayores son capaces de nuevas adaptaciones cuando cierta situación la requiera.  
A    B    C    D    E    F
7. La mayoría de adultos mayores prefieren jubilarse tan pronto como sus pensiones o sus hijos puedan mantenerlos.  
A    B    C    D    E    F
8. La mayoría de adultos mayores prefieren continuar trabajando siempre y cuando ellos puedan hacerlo antes que estar dependiendo de alguien más.  
A    B    C    D    E    F
9. La mayoría de adultos mayores tienden a tener sus hogares en un aspecto desaseado e inatractivo.  
A    B    C    D    E    F
10. Generalmente se puede confiar en que la mayoría de adultos mayores pueden mantener un hogar limpio y atractivo.  
A    B    C    D    E    F
11. Es tonto pensar que sabiduría viene con la edad.  
A    B    C    D    E    F
12. La gente se vuelve más sabia con la venida de los años.  
A    B    C    D    E    F
13. Los adultos mayores tienen mucho poder en los negocios y la política.  
A    B    C    D    E    F
14. Los adultos mayores deberían tener más poder en los negocios y la política.

- A B C D E F
15. La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta incómodo.  
A B C D E F
16. La mayoría de adultos mayores hacen que uno se sienta relajado al estar con ellos.  
A B C D E F
17. La mayoría de adultos mayores aburren a otros al insistir en querer hablar acerca de los “viejos tiempos”.  
A B C D E F
18. Una de las cualidades más interesantes y entretenidas de la mayoría de adultos mayores es el contar sus experiencias pasadas.  
A B C D E F
19. La mayoría de adultos mayores pasan mucho tiempo metiéndose en los asuntos de otros y dando consejos a quienes no se los han pedido.  
A B C D E F
20. La mayoría de adultos mayores tienden a guardárselos y a dar consejos solo cuando se los piden.  
A B C D E F
21. Si los adultos mayores quieren caerle bien a otras personas, su primer paso debería ser el deshacerse de sus defectos irritantes.  
A B C D E F
22. Si piensas un poco, los adultos mayores tienen los mismos defectos que cualquier otra persona  
A B C D E F
23. A fin de tener una vecindad residencial agradable, sería mejor no tener muchos adultos mayores viviendo allí.  
A B C D E F
24. Tú puedes contar con una vecindad residencial agradable cuando hay un número considerable de adultos mayores viviendo allí.  
A B C D E F
25. Hay algunas excepciones; pero en general la mayoría de adultos mayores son muy parecidos.  
A B C D E F
26. Es evidente que la mayoría de adultos mayores son muy diferentes el uno del otro.  
A B C D E F
27. La mayoría de adultos mayores deberían preocuparse más de su apariencia personal; ellos son muy desordenados.  
A B C D E F
28. La mayoría de adultos mayores parecen bastante limpios y ordenados en su apariencia personal.  
A B C D E F
29. La mayoría de adultos mayores son irritables, mal humorados y desagradables.  
A B C D E F
30. La mayoría de adultos mayores son alegres, agradables y de buen humor.  
A B C D E F
31. La mayoría de adultos mayores constantemente se quejan del

- comportamiento de la generación juvenil.  
A B C D E F
32. Uno casi nunca escucha los adultos mayores quejarse acerca del comportamiento de la generación juvenil.  
A B C D E F
33. La mayoría de adultos mayores hacen excesivas demandas por amor y seguridad más que cualquier otra persona.  
A B C D E F
34. La mayoría de adultos mayores no necesitan amor y seguridad más que cualquier otra persona.  
A B C D E F

*\*Sampén Celis JD, Varela Pinedo LF, Díaz Vélez C, Tello Rodríguez T, Ortiz Saavedra PJ. Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial*

# AUTORIZACION DE USO DE INSTRUMENTOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

*Título del estudio: "Factores asociados a la actitud hacia el adulto mayor en docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una universidad privada de Chiclayo".*

*Investigador: Médico Cirujano Jorge Luis Limo Liza*

*Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia*

### **Propósito del estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio para determinar qué factores se asocian a las actitudes que los docentes de ciencias de la salud de una universidad tienen hacia el adulto mayor. Este es un estudio desarrollado en el marco de la obtención del grado académico de maestro en medicina por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Las investigaciones vienen demostrando porcentajes más altos de actitudes negativas hacia los adultos mayores entre estudiantes y profesionales de la salud, del mismo modo somos conscientes que gracias a los avances científicos el segmento de adultos mayores es cada vez mayor, el resultado de la conjugación de estos dos fenómenos traerá como consecuencia complicaciones en la atención y en la salud de este grupo etario, de allí la importancia de identificar los factores que se asocian a este tipo de actitudes, ya que a partir de su reconocimiento será posible el diseño de intervenciones que permitan modificarlas; por otro lado, el denominado "aprendizaje por imitación" es resultado de la interacción u observación del comportamiento de otras personas del entorno, que en el caso del estudiante de ciencias de la salud estará constituido principalmente por sus docentes, de allí la importancia de no descuidar el estudio de estos actores del proceso enseñanza-aprendizaje y su influencia en el quehacer del futuro profesional.

### **Procedimiento:**

Si decide participar en este estudio, Ud. deberá completar lo siguiente:

1. Un cuestionario sociodemográfico en línea.
2. Un cuestionario para determinar su nivel de empatía (Escala de Empatía Médica de Jefferson versión profesionales de la salud) en línea.
3. Un cuestionario para determinar su actitud hacia el adulto mayor (Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan, validada al español-peruano) en línea.

El tiempo estimado para contestar los tres cuestionarios en línea será aproximadamente de 20 minutos.

Después de leer detenidamente las indicaciones, Ud. se limitará a contestar las preguntas de cada uno de los cuestionarios, quedando el registro de sus respuestas en manos del investigador.

### **Riesgos y beneficios:**

El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para el participante.

Como beneficio Ud. recibirá información acerca de los efectos que tienen las actitudes negativas de los profesionales y estudiantes de ciencias de la salud en el adulto mayor, así mismo se le hará llegar los resultados obtenidos, tan pronto se realice la evaluación, de los dos instrumentos aplicados: Escala de Empatía Médica de Jefferson y Escala de actitudes hacia el adulto mayor de Kogan, para ello se le solicitará un correo electrónico donde desea que se le envíe de manera confidencial sus resultados, esta información le permitirá analizar su desempeño profesional y espero contribuya a optimizar su calidad de atención en este grupo de personas altamente vulnerables.

### **Costos y compensación:**

Su participación en el estudio no le generará gasto alguno, así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole por su participación.

### **Confidencialidad:**

El proceso será estrictamente confidencial, sólo el investigador tendrá acceso a la base de datos, su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean

publicados, y la información recopilada no podrá ser utilizada por ningún otro investigador, pues el investigador expresa su compromiso de resguardar la confidencialidad de los datos de acuerdo a la normatividad legal vigente Ley de Protección de datos personales N°29733.

**Uso futuro de la información**

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación solo durante el tiempo que dure la investigación y su publicación. Los datos recopilados no podrán ser usados para investigaciones futuras.

Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

**Derechos del participante:**

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional puede contactarse con el médico cirujano Jorge Luis Limo Liza, investigador principal del estudio, al teléfono [REDACTED] o al email: jorge.limo.l@upch.pe

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION EN EL ESTUDIO  
"FACTORES ASOCIADOS A LA ACTITUD HACIA EL ADULTO MAYOR EN  
DOCENTES UNIVERSITARIOS DE CARRERAS DE CIENCIAS DE LA SALUD DE  
UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE CHICLAYO"**

Leído el consentimiento informado y no teniendo ninguna duda al respecto, como señal expresa de mi voluntad, he decidido:

- PARTICIPAR EN EL ESTUDIO** (usuario es dirigido a los cuestionarios)
- NO ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO** (usuario es redirigido a la página de inicio del navegador).